



مركز البحوث

# تقويم نظام الرعاية الطبية الفعالية والكفاءة والإنصاف

تأليف

لوان آدى - تشارلز بيجلي  
دافيد ليرسون - كارل سيلتر

ترجمة

د. عبدالمحسن بن صالح الحيدر

مراجع الترجمة

د. عبدالإله سيف الدين غازى ساعاتى





بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مركز البحوث

## تقويم نظام الرعاية الطبية الفعالية والكفاءة والإنصاف

تأليف

لوآن آدای - تشارلز بيجلى  
دافيد ليرسون - كارل سيلتر

ترجمة

د. عبدالمحسن بن صالح الحيدر  
أستاذ الإدارة الصحية المساعد  
معهد الإدارة العامة

مراجعة الترجمة

د. عبدالإله سيف الدين غازى ساعاتى

١٤٢٠هـ - ٢٠٠٠م

## بطاقة الفهرسة

② معهد الإدارة العامة ، ١٤٢٠هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

تقويم نظام الرعاية الطبية : الفعالية والكفاءة والإتصاف / لو أن أدای (وآخرون)

ترجمة عبدالمحسن بن صالح الحيدر - الرياض

٢٩٦ ص : ١٦,٥ × ٢٣,٥ سم

ردمك : x - ٧٥ - ١٤ - ٩٩٦٠

١- الرعاية الصحية ٢- الخدمات الصحية أ- أدای ، لو أن (مؤلف)

ب- الحيدر ، عبدالمحسن بن صالح (مترجم)

٣٦٢ ٢٠/٢٠٨٢

رقم الإيداع : ٢٠ / ٢٠٨٢

ردمك : x - ٧٥ - ١٤ - ٩٩٦٠

هذه ترجمة لكتاب :

**EVALUATING THE MEDICAL  
CARE SYSTEM**  
Effectiveness, Efficiency,  
and Equity

Lu Ann Aday

Charles E. Begley

David R. Lairson

Carl H. Slater

© Health Administration Press  
Ann Arbor, Michigan 1993



الصفحة	قائمة المحتويات الموضوع
٧	قائمة الأشكال والجدول
٩	شكر
١١	مقدمة الكتاب
١٢	تمهيد
	<b>الفصل الأول</b>
١٧	مقدمة في بحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسات الصحية
	<b>الفصل الثاني</b>
٤٥	الفعالية : مفاهيم ومنهجيات
	<b>الفصل الثالث</b>
٧٩	الفعالية : دليل وتطبيق
	<b>الفصل الرابع</b>
١٠٥	الكفاءة : مفاهيم ومنهجيات
	<b>الفصل الخامس</b>
١٤١	الكفاءة : دليل وتطبيق
	<b>الفصل السادس</b>
١٦٥	الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الصحية : مفاهيم ومنهجيات

الموضوع	الصفحة
<b>الفصل السابع</b>	
الإنتصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية : الدليل والتطبيق .....	١٩٧
ملحق (٧/١) النقاط الرئيسية لمؤشرات مختارة للإنتصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية .....	٢٢٥
ملحق (٧/٢) معايير تقويم مقترحات التأمين الصحي الشامل من حيث هدف الإنتصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية .....	٢٣١
<b>الفصل الثامن</b>	
دمج بحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسات .....	٢٣٢
<b>الفصل التاسع</b>	
تطبيق بحوث الخدمات الصحية على تحليل السياسات .....	٢٥٧
الخاتمة .....	٢٨٨



## قائمة الأشكال والجداول

الصفحة	الأشكال
٢٠	١-١ مقارنة تركيز بحوث الخدمات الصحية مع أنماط البحوث الأخرى .....
٢٣	١-٢ مقارنة أهداف بحوث الخدمات الصحية مع أهداف أنماط التقصى الأخرى .....
٢٥	١-٣ إطار فكري لتصنيف الموضوعات والقضايا في بحوث الخدمات الصحية .....
٥٥	٢-١ العوامل التي تساهم في الصحة العامة .....
١٠٩	٤-١ حدود الإمكانية الإنتاجية .....
١١٣	٤-٢ منحني الطلب الفردي .....
١١٥	٤-٣ منحني العرض الفردي .....
١١٥	٤-٤ العرض والطلب في السوق .....
١٧٠	٦٤١ مفهوم الأحقية إلى الرعاية الطبية .....
٢٦٠	٦٤٢ أبعاد تقويم مقترحات التأمين الصحي الشامل .....
	<b>الجداول</b>
٥٢	٢/١ إطار موجز وتعريفات : الفعالية .....
٥٦	٢/٢ منهج سكاني لتقدير الفعالية باستخدام ضغط الدم المرتفع كمثال .....
٥٨	٢/٣ منهجية سريرية لتقدير الفعالية باستخدام ضغط الدم المرتفع كمثال .....
٥٩	٢/٤ المنهجيات الأساسية في بحوث الفعالية .....
٦٢	٢/٥ مقارنة مقاييس الوضع الصحي .....
٩٨	٢/١ مثال على أدلة الممارسة : معايير المراجعة لقياسات ضغط الدم الأولية .....
١١٨	٤/١ التغطية العامة مقابل تكلفة الرعاية الطبية ومتوسط النسبة المئوية من المدفوع بالتأمين العام : بلدان مختارة ١٩٩٠م .....

الصفحة	الجدول
١٢٤	٤/٢ استخدامات الرعاية الصحية التتويمية : بلدان مختارة ١٩٧٠ - ١٩٨٩ م —
١٢٥	٤/٣ إتفاق الرعاية الصحية : بلدان مختارة ١٩٧٠ - ١٩٩٠ م —
١٤٨	٥/١ بيانات نظم الرعاية الصحية المقارنة لسبع دول صناعية ١٩٨٧ م —
١٧٢	٦/١ نظريات العدالة التوزيعية —
١٧٨	٦/٢ الأسس الأخلاقية والتجريبية لهدف الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية —
١٨٩	٦/٣ المصادر الرئيسية لبيانات تقويم الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية —
٢٣٨	٨/١ مراحل صنع السياسات : المعلومات المتعلقة ونوع البحوث —

## شكر

يعبر المؤلفون عن شكرهم للزملاء ستيفن اندرو ودافيد كولبي إضافة إلى مراجعي مؤسسة الإدارة الصحية للنشر ، مجهولي الهوية ، الذين قدموا ملاحظات عميقة وبناءة على مسودات أولية لهذا الكتاب .

كما نتقدم بالشكر الخاص لعادل يوسف وتشيه - وين تشنج لتعاونهما ونسخهما للعديد من المصادر الواردة في الكتاب ، ولرجينا فيشر ولوانا نوريس وبوريس روس اللواتي ساعدن في كتابة هذا الكتاب على الآلة الطابعة .

وتمنى للبيئة المرنة في كلية الصحة العامة بجامعة تكساس التي دعيت مهمة تأليف الكتاب المتعة كمنصر روتيني لدور أعضاء هيئة التدريس ومسؤولياتهم . كما ندين بشكل خاص للطلبة الدارسين في برنامجنا «تقديم وأداء الخدمات الصحية» على مر السنين إضافة إلى الدارسين في مادة كارل سليتر «تقييم النتائج الطبية» الذين حفزونا وبغفونا إلى شحذ تمكنا من الأفكار والمفاهيم المطروحة في الكتاب .

يشعر كل منا أن تفهمنا لمفاهيم الفعالية والكفاءة والإتصاف قد توسع وازداد عمقاً من خلال كتابة هذا الكتاب ، وكلنا أمل أن يجد قراء هذا الكتاب متعة من قراءته مثلما نلنا من كتابته .



## مقدمة الكتاب :

يشبه الذين يسعون إلى فهم نظام الرعاية الصحية الأمريكي والسياسة الصحية الأمريكية ، من نواح عدة ، مجموعة من مكفوفى البصر الذين يحاولون وصف فيل ، على أساس الجزء الذى يمسك به كل منهم على حدة . ففي بلد يمثل تنوع وتعددية الولايات المتحدة فإن كلاً من تقديم الخدمات الصحية وصنع سياسات الرعاية الصحية هى إجراءات وعمليات شديدة التعقيد ولا يمكن فهمها بالكامل من أى منظور منفرد . لذا فإن الكشف عن عناصر نظام الرعاية الصحية وربطها ضمن بيئة النظام الكامل ، يُعد من أهم وظائف بحوث الخدمات الصحية .

ينشر هذا الكتاب «تقديم نظام الرعاية الطبية : الفعالية والكفاءة والإنصاف» يصبح لدينا الآن ثلاثة من الكتب تلقى الضوء على إسهامات بحوث الخدمات الصحية نحو السياسات العامة . يلخص الكتاب الذى نلقه إيلاي جينز برج بعنوان «بحوث الخدمات الصحية : مفتاح السياسة الصحية» (١٩٩١م) مساهمات بحوث الخدمات الصحية العديدة خلال العقدين الماضيين . أما كتاب مراجعة باكستر للسياسات الصحية بعنوان : «تحسين السياسة والإدارة الصحية : تسع قضايا بحثية هامة للتسعينيات» (١٩٩٢) فيوفر خلاصات ونقاشات قوية عن البحوث السابقة والمستمرة والمتطورة الموجهة لقضايا محددة فى السياسات الحالية ، وتتراوح من تصميم مجموعة من منافع الخدمات الصحية الأساسية إلى القضايا المحيطة بإطالة الحياة . وهذا الكتاب الذى ألفه لو آن آداى وتشارلز بيجلى ودافيد ليرسون وكارل سليتر ، يوفر جسراً مفيداً بين كتابى جينز برج وباكستر ، بتقديم الإطار المفاهيمى للتفكير بالقضايا ذات العلاقة ، ويوفر بعض التفاصيل والوسائل (منهجيات وقواعد بيانات) التى يستخدمها باحثو الخدمات الصحية والسياسة الصحية فى أداء أعمالهم .

من أهم نقاط قوة هذا الكتاب أن المؤلفين طوروا رؤية موحدة متكاملة لـ «فيل الرعاية الصحية» كما يشاهد من خلال مفاهيم الفعالية والكفاءة والإنصاف . ضمن كل من هذه المبادئ تقدم القضايا والمفاهيم والمنهجيات والدلائل الرئيسية من مناظير متعددة . فعلى سبيل المثال تتناول قضايا الفعالية من منطلق عام على أساس السكان وكذلك من منظور سريرى فردى . كما يتم تناول قضايا الكفاءة من منظور الصالح

المجتمعى التحصيلى ومن منظور نظرية الإنتاج فى المؤسسة . ويتناول هذا الكتاب قضايا الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الصحية من خلال سبل مبنية على أساس الأهلية والاحتياج وسبل مساواتية وتعاقبية ومنفعة .

وفى كل حال ومن كل منظور تجند البيانات ذات العلاقة لتمكن القراء من فهم وإبراز وضع المعرفة الراهن فيما يتعلق بالقضايا التى نحن بصدها . إضافة إلى ذلك توضع البيانات والأدلة ، قضايا السياسة الصحية الحالية مثل : تطوير ونشر وتطبيق أدلة الممارسة الطبية ، وإصلاح منفعات الأطباء (مثل RBRVs) ومقترحات لإصلاح الرعاية الصحية .

يجب الثناء على جهد المؤلفين وبشكل خاص على النقاش عن أنواع بحوث الخدمات الصحية التى تستطيع أن تؤثر أكبر الأثر على المراحل المختلفة من عملية السياسة . وأشار كما ينبغى إلى مزايا ومحدويات نماذج «العقلانى الشامل» و «الإشباعى» و «المسح الممتزج» و «السياسى» من نماذج صنع السياسات . وتوضع منفعة الإطار الإجمالى للفعالية والكفاءة والإنصاف من خلال مراجعة الطرق الرئيسية لإصلاح الرعاية الصحية بما فيها نموذج الممول المنفرد ، على غرار الأسلوب الكندى وبرنامج خيار المستهلك وأسلوب لجنج بيير الذى يمزج التنظيم والمنافسة .

وفى المحصلة النهائية ، هذا مثال رائع على عمل موحد ، منظم بإبداع ومكتوب بوضوح . وهو عمل قيم ، مفيد لكل من الباحثين وصانعى السياسات والعاملين مباشرة فى تقديم وإدارة الخدمات الصحية . ويساهم هذا الكتاب مساهمة هامة نحو تطوير لغة مشتركة وقاعدة معلومات لجميع المهتمين والراغبين فى تحسين أداء نظام الرعاية الطبية فى الولايات المتحدة .

مستيفن . إم . شورتل

أستاذ آى . سى . بيوهرل المتميز

لإدارة الخدمات الصحية - أستاذ السلوك المنظماتى

كلية جى . إل . كيلوج للدراسات العليا فى الإدارة

مركز بحوث الخدمات والسياسات الصحية - جامعة نورث وسترن

إيفانستين ، إيلينوى

## تقديم :

يحدد هذا الكتاب ودمج المفاهيم والمنهجيات الأساسية لبحوث الخدمات الصحية كواحد من علوم المعرفة ، ويوضح تطبيقاتها في تحليل السياسات . ويربط نموذجاً لتحليل السياسة الصحية مع إطار لتصنيف المواضيع والقضايا في بحوث الخدمات الصحية .

يوفر هذا الكتاب منظوراً تاريخياً ويطبق مفاهيم ومنهجيات علوم الوبائيات والاقتصاد والاجتماع وفروع المعرفة الأخرى المرتبطة بتوضيح وبيان قياس وأهمية الفعالية والكفاءة والإنصاف كمعايير لتقويم أداء نظام الرعاية الصحية . ويقدم أمثلة محددة لتطبيق بحوث الخدمات الصحية في تناول مشكلات السياسة الصحية المعاصرة على المستوى الوطني ومستوى الولاية والمستوى المحلي .

الجمهور الرئيسي لهذا الكتاب هم : المهنيون الممارسون ، وطلاب الدراسات العليا في الصحة العامة والإدارة الصحية ، ومهن الرعاية الصحية ، وصانعو السياسة الفدراليون وعلى مستوى الولاية وكذلك المحليون ، ومخططو البرامج المعنيون بتصميم وإجراء بحوث الخدمات الصحية المتصلة بالسياسة . كما سيجد المهنيون والطلبة في علم الاجتماع الطبى والعلوم السلوكية والإدارة العامة ، المهتمون بإجراء بحوث الرعاية الصحية والبحوث الصحية التطبيقية أو البحوث الموجهة نحو السياسات الصحية أن هذا الكتاب ذو أهمية كبرى ، لقد طور المؤلفون وطبقوا المنظور المقدم في هذا الكتاب ضمن برنامج قديمه لطلبة الماجستير والدكتوراه في الصحة العامة منذ ١٩٨٦ م .

يعرض الفصل الأول إطاراً لتصنيف المواضيع والقضايا الرئيسية التي تتناولها بحوث الخدمات الصحية كفروع من فروع المعرفة . ثم يُستخدم هذا الإطار لتقديم مراجعة شاملة متكاملة عن مساهمات بحوث الخدمات الصحية لوصف وتقويم أداء نظام الرعاية الطبية من حيث أهداف الفعالية والكفاءة والإنصاف . ويحدد هذا الفصل العلاقة بين بحوث الخدمات الصحية والأهداف والمنهجيات الرئيسية لتحليل السياسة . كما يركز الانتباه على الدور التاريخي لبحوث الخدمات الصحية في صياغة السياسة الصحية .

يتناول الفصل الثاني فعالية الرعاية الطبية من حيث مساهمة الرعاية الطبية للصحة وما إذا كان بالإمكان تعزيز تلك المساهمة . ويعرض الإطار المفاهيمي المبني على ثلاث دونايبديان الكلاسيكي «البنية والإجراء والنتيجة» ، والمنهجيات المرتبطة بها لتقدير فعالية الرعاية الطبية على كل من المستوى السكاني والمستوى الإكلينيكي . ويراجع الفصل الثالث الدليل المشتق من الدراسات التي تستخدم هذه المنهجيات ، ويستكشف دور بحوث الفعالية في تطوير أدلة الممارسة السريرية .

يفحص الفصل الرابع مفاهيم الكفاءة الإنتاجية والتخصيصية والمنهجيات التجريبية لتقويم كل منها . ويناقش الفصل الخامس النتائج الرئيسية فيما يتعلق بأداء نظام الرعاية الطبية الأمريكي ، المتصلة بهذه الأهداف ، ويصف الدور السابق والدور اللاحق لتحليل الكفاءة في إصلاح مدفوعات الأطباء .

يقدم الفصل السادس مفهوم الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية ضمن بيئة الاعتبارات النظرية والأخلاقية الأساسية للأحقية في الرعاية الطبية . ويقدم كذلك الأسلوب التجريبي لتقويم مدى تحقيق معايير العدالة البديلة . ويلخص الفصل السابع البيانات التجريبية التي تؤكد الأداء الحالي لنظام تقديم الرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنصاف . ويقدم الجزء النهائي من الفصل قضايا التأمين الصحي الشامل ومساهمات بحوث الخدمات الصحية في تقويم إمكانية مثل هذه الآليات في تحسين إمكانية الوصول إلى الرعاية . ويحلل الفصل الثامن العلاقات المتبادلة بين أهداف الفعالية والكفاءة والإنصاف على حدة وبينها جميعاً ، ودور بحوث الخدمات الصحية في وضع مفاهيم التناوب بين هذه الأهداف ، وقياسه في صياغة السياسة الصحية . ويناقش الفصل التاسع هذا التناوب في بيئة تقويم بدائل محددة من التأمين الصحي الشامل .

**مساهمات هذا الكتاب هي :**

- (١) يقدم ويطبق إطاراً منظماً لتحديد بحوث الخدمات الصحية كفرع من فروع المعرفة ، ضمن بيئة أبعاد أداء النظام الرئيسية - الفعالية والكفاءة والإنصاف .
- (٢) يراجع ويجمع الإسهامات المفاهيمية والمنهجية والتجريبية لبحوث الخدمات الصحية في تناول هذه القضايا .



(٣) يوضح كيفية استخدام مناظير وأساليب بحوث الفعالية والكفاءة والإنصاف في توقع وطرح الأسئلة ذات العلاقة بهدف إعلام وتنوير حوارات سياسة الرعاية الصحية والمستقبلية .

(٤) يوفر نبزاساً ونقطة مرجعية في وقت يزاد فيه الدعم لبحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسة ، والطلب عليها .

لو أن أداى  
تشارلز بيجلى  
دافيد ليرسون  
كارل سليتر



## الفصل الأول

### مقدمة في بحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسات الصحية

#### تعريفات :

تنتج بحوث الخدمات الصحية المعرفة عن أداء نظام الرعاية الطبية فيما تطبق السياسات الصحية هذه المعرفة في تحديد المشكلات وتقويم السياسات البديلة . ويوضح هذا الكتاب الخطوط العريضة للعلاقة العملية بين بحوث الخدمات الصحية من جهة ، وتحليل السياسات الصحية من جهة أخرى من أجل تقويم أداء نظام الرعاية الطبية الأمريكي فيما يتعلق بجوانب الفعالية والكفاءة والإنصاف حيث تعرف هذه الجوانب كالتالي :

١ - **الفعالية** : وتعني بمنافع الرعاية الطبية من منظور تحسين الحالة الصحية .

٢ - **الكفاءة** : وهي العلاقة بين هذا التحسين في الحالة الصحية والطاقات المستهلكة لتحقيق التحسين المنشود .

٣ - **الإنصاف** : وهو تقويم لعدالة توزيع منافع وأيضاً أعباء (تكاليف) الرعاية الطبية .  
تعنى فعالية الرعاية الطبية بمنافع هذه الرعاية بما تنعكس على التحسن في الحالة الصحية للناس ، حيث لايعنى هذا التحسين فقط مجموع المنافع المفردة مثل : انخفاض معدلات الوفيات ، وارتفاع توقعات الحياة ، وانخفاض معدلات انتشار المرض بل يعنى أيضاً أن توزيع المرض والصحة يكون في سبيل تعظيم الإنتاجية الاقتصادية عامة ورفع مستوى الصحة والرعاية/ ويسعى الهدف الثاني لنظام تقديم الرعاية الصحية إلى تحقيق الكفاءة على اعتبار أن الرعاية الطبية كنتاج فائنا نهتم بالكفاءة الإنتاجية ، أى تقديم الخدمات بأقل تكلفة ، أما إذا اعتبرنا أن الرعاية الطبية من المدخلات في إنتاج تحسين المستوى الصحي فإننا نهتم بالكفاءة التحصيلية أى تقديم أكبر قدر من الرعاية في ظل محمولية المصابير المتاحة ، إذ تعتمد الكفاءة التحصيلية على التكلفة النسبية وعلى فعالية الرعاية الطبية في تحسين المستوى

الصحي . وفي نهاية الأمر فإن تحسين المستوى الصحي بشكل مطلق يتطلب كلاً من الكفاءة الإنتاجية والكفاءة التخصيصية .

الإنصاف يعنى بالتوزيع العادل لكل من منافع تقديم الرعاية الصحية وأعبائها بما فى ذلك توزيع التكاليف بين المجموعات والأفراد . ومن صعوبة تحقيق هذه العدالة المنشودة وضع تعريف محدد للعدالة إذ يختلف الحكم على وصف إجراء ما بالعدالة وفق القيم المستخدمة فى وضع هذا الحكم . إذ يعتبر البعض الحرية المطلقة للخيار من عدد من الخيارات وتحديد نوع الرعاية الصحية التى يرغبون فيها بدون أن يكون لأحد أن يعلى رغباته على اتخاذ القرار من أهم عناصر العدالة ، فيما ينظر البعض الآخر للعدالة من خلال منظور يقيس تكلفة الرعاية مقابل النتائج المنشودة للأشخاص والمجتمع ككل ، أى هل يعامل الجميع بالتساوى ؟ وهل تقدم الرعاية لمن هم حقاً بحاجة لها ؟ وهل يتم تحسين وضع المجتمع ككل وليس تحسين وضع أفراد معينين أو مجموعات محددة ؟ وهل تم تكثيف المنافع لكل الأفراد على السواء ؟ وهنا تكمن أهمية العدالة التخصيصية فى تأطير هذين المنظورين للعدالة ضمن بيئة الموارد المتناقصة . أما فيما يتعلق بتحديد أكثر عناصر العدالة أهمية فى تحديد السياسات الصحية فيتم تحديد ذلك وفق الاتجاهات السياسية المهيمنة فى أنه .

يتم ربط أهداف كل من الكفاءة والفعالية والإنصاف من خلال أسلوبين ، الأول : وهو محاولة تحديد أفضلها كمحك لتقويم أداء نظام الرعاية الطبية وهذا موضوع معيارى خاضع للوجهات المختلفة لطبيعة الرعاية الطبية ، والور الذى يلعبه نظام الرعاية الصحية ويفضل هنا ترك الخوض فى مثل هذه الأمور للعملية السياسية القائمة . أما الأسلوب الثانى : فهو من خلال العلاقات التى يمكن ملاحظتها فى النظام الصحي ، وبالإمكان خوض هذا الموضوع بواسطة بحوث الخدمات الصحية التى تحدد مدى إتمام أهداف الفعالية والكفاءة والإنصاف لبعضها البعض ، أو مدى تضاربها وتركز هنا على مدى تضارب هذه الأهداف لمعرفة مدى التعاقب الواقع بين أهداف الفعالية والكفاءة والإنصاف من خلال الملاحظة التجريبية . ومن الواضح أن هذه الأهداف الثلاثة (الفعالية والكفاءة والإنصاف) غالباً ما تكون متممة لبعضها البعض ، إذ إن رفع مستوى فعالية الرعاية الطبية مع الحفاظ على نفس مستوى المصاريف يحقق ارتفاع

مستوى الكفاءة والذي بدوره يؤدي إلى إمكانية رفع مستوى الفعالية والإنصاف ، إلا أن هذه الأهداف قد تكون متضاربة أحيانا إذ يؤدي رفع مستوى الفعالية من خلال تخصيص موارد إضافية لرفع المستوى الصحي إلى التعارض مع الكفاءة إذا كانت تكلفة هذه الموارد مرتفعة قياساً بمدى فعاليتها ، كما أن رفع مستوى الفعالية والكفاءة من خلال توزيع الموارد على الأشخاص الذين قد يستفيدون منها إلى أقصى حد قد لا يكون عادلاً إذا كانت هذه السياسة تؤل إلى توزيع غير متساوٍ للمصادر . لذا نجد أن من أهم عطاءات بحوث الخدمات الصحية تحديد التعاقب المناسب بين الأهداف الثلاثة وإذا افترضنا أنها متساوية في الأهمية فإن تحديد الدرجة التي يمكن التضحية بأحد الأهداف من أجل تحقيق الهدفين الآخرين هو من أهم العناصر لدى متخذي القرار في مقارنة السياسات الصحية البديلة .

تتناول فصول هذا الكتاب اللاحقة مراجعة للأطر الفكرية والمنهجية والأساسيات التجريبية لأهداف الفعالية والكفاءة والإنصاف وبيان تنفيذها في تحليل السياسات الصحية وتقصى الأسئلة المتعلقة ببحوث الخدمات الصحية في تحليل التعاقب الواقع بين الأهداف الثلاثة في وضع السياسات الصحية . أما في الباب الحالي فسيتم مقارنة حقل بحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسات الصحية مع أنواع الدراسات الأخرى وتقديم إطار لتصنيف القضايا المتعلقة ببحوث الخدمات الصحية ، وذلك لاستخدامه لوضع منظور وصفي لنظام الرعاية الطبية الأمريكي ، إضافة إلى بيان مساهمات حقل بحوث الخدمات الصحية تاريخياً في تطوير السياسة الصحية وتقديم التطبيقات الخاصة بالسياسة الصحية حالياً في الولايات المتحدة .

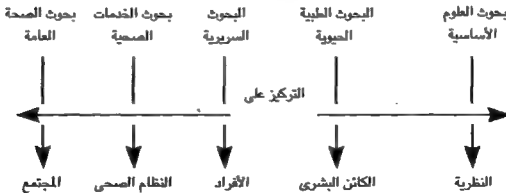
### تعريف بحوث الخدمات الصحية :

قدمت هيئة من المجمع العلمي الطبي (Institute of Medicine) التي تم تكليفها عام ١٩٧٩م التعريف التالي لهذا الحقل «بحوث الخدمات الصحية هي : التحقيق الذي يستخلص المعرفة عن البنية والإجراءات والنتائج المتعلقة بالخدمات الصحية الفردية» (Institute of Medicine 1974, 14) . ويمكن تصنيف دراسة ما ضمن حقل بحوث الخدمات الصحية إذا كانت هذه الدراسة تبحث عامة في الخدمات الصحية واستمدت من إطار

فكرى غير إطار العلوم الطبية البيولوجية التطبيقية والتي تركز على العملية الحياتية الأساسية للكائن البشرى - والخدمات الصحية الشخصية هي تعامل بين مقدم الخدمة والمستفيد منها بهدف رفع المستوى الصحى للمستفيد ، وتقع غالباً هذه التعاملات ضمن مجال نظام الخدمات الطبية وذلك على عكس حقل الصحة العامة الذى يركز على تدخلات وإجراءات تهدف إلى رفع المستوى الصحى للمجتمع أو المجموعة السكانية ككل ، بدلاً من التركيز على رفع المستوى الصحى لأفراد معينين ضمن المجموعة السكانية .

إن بحوث الخدمات الصحية هي - لا شك - علم من المعرفة متعدد الفروع والنشاطات فى أنها تستمد من مجموعة من العلوم وتطبق نظرياتها ومنهجياتها منها على سبيل المثال لا الحصر علم الاجتماع والعلوم السياسية وعلم الوبائيات وعلم الديموغرافيا وعلم الاقتصاد والقانون ( Choi & Greenberg 1982 ) . إذاً إن بحوث العلوم الأساسية تعنى بتطوير وفحص النظريات لتعليل الظواهر الاجتماعية أو البيولوجية فى حين تطبق بحوث الخدمات الصحية النظريات والمنهجيات التى تم تطويرها ضمن هذه العلوم بهدف تقصى المشكلات المتعلقة بعمليات تقديم الرعاية الطبية . وعلاوة على ذلك فحيث إن البحوث السريرية (الإكلينيكية) تعنى بالمؤشرات والنتائج الطبية لمرضى محددين ، فإن بحوث الخدمات الصحية تنتظر بشمولية إلى مجموعة العناصر غير الطبية (من اجتماعية واقتصادية وتنظيمية) التى قد تؤثر على تشغيل ونتائج نظام الرعاية الطبية انظر الشكل ( ١ - ١ ) .

شكل ( ١ - ١ ) : مقارنة تركيز بحوث الخدمات الصحية مع أنماط البحوث الأخرى .



## تعريف تحليل السياسات الصحية :

تم تعريف تحليل السياسات الصحية من خلال هدفين أساسيين :

**أولاً :** من ناحية إنتاج المعلومات الخاصة بصياغة السياسات . **وثانياً :** من ناحية تطوير جدال وبراهين منطقية لتؤيد هذه المعلومات إلى توصيات للإجراءات الحكومية (Dunn 1981) . ويتجلى التمييز المتخذ هنا بين بحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسات هو أن الهدف الأول وهو إنتاج المعرفة يحدد المساهمة الأساسية لبحوث الخدمات الصحية ، ويمثل الهدف الثاني ، وهو تطبيق المعرفة ، المساهمة الأساسية لتحليل السياسات بالنسبة لصنع القرار الحكومي ، ويعكس الهدف الأول مباشرة غاية بحوث الخدمات الصحية التي ترمى إلى تنشئة المعرفة عن تطبيق برامج وسياسات صحية محددة وتأثيرها . فالأسئلة والقضايا الرئيسية المطروحة هي واقعية وموضوعية وتهدف إلى توثيق أصل ومجال مشكلة ما والفعالية المتوقعة لبدائل معالجتها . أما الهدف الثاني فيتعدى مجال النور التقليدي المفروض لبحوث الخدمات الصحية ، إذ يسعى إلى تبرير ملاءمة أنماط معينة من البحوث ويرجع الأدلة ، ويصوغ حجة منطقية لوضعي السياسات الصحية فيما يتعلق بأهمية مشكلة ما ، أو فعالية برامج معينة أو سياسات محددة من أجل مجابهة المشكلة .

لذا فإن التركيز الأساسي لهذا الهدف هو على النواحي المتعلقة بالتثقيف والإقناع وذلك بعرض أساس منطقي وموثق من أجل تقويم كفاية السياسات الصحية القائمة واختيار بديل ما عن بديل آخر على ضوء الأهداف المتنافسة من حيث الكفاءة والفعالية والإنصاف المتعلقة بالسياسات الصحية .

يفصلُ الفصل الأخير من هذا الكتاب في كيفية مساهمة بحوث الخدمات الصحية في كل من أهداف تحليل السياسات - تلك التي تميل إلى البحوث ، وأيضاً تلك التي تميل نحو صنع القرار وذلك ضمن محيط تقويم خيارات برامج التأمين الصحي الشامل (Universal Health Insurance) التي يتم تداولها حالياً في المجتمعات الأمريكية وفي الكونغرس .

**الاختلافات من أنماط التنمى الأخرى :**

يوضح الشكل (٢ - ١) التباين بين بحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسات الصحية من جهة ، وأنماط البحوث العلمية الأساسية والتطبيقية من جهة أخرى من حيث هدف البحث الأساسى لكل منها ، إذ إن العلوم الأخرى - كالاقتصاد مثلاً - تزودنا بنظريات قيمة (متعلقة بالعرض والطلب) لتفسير ظواهر بيولوجية أو اجتماعية (تفعيل سلوك مقدم الخدمة والمستفيد منها فى محيط الرعاية الطبية) . هذه النظريات تشكل الأساس لإجراء بحوث الخدمات الصحية لوصف وتقدير أداء نظام الرعاية الطبية (من حيث الكفاءة على سبيل المثال) . فيما يعنى تقويم البرامج الصحية بتقدير نتائج برامج وسياسات معينة مثل : نظام تحديد رسوم الخدمات الصحية من قبل حكومة الولاية ، أو برامج مقايضة الأطباء أوتدابير مشاركة المستفيد من الخدمات الصحية فى دفع التكاليف المترتبة ، على نتائج سياسة محددة مثل : سياسة احتواء التكاليف وتطبيق مفاهيم ومنهجيات بحوث العلوم الأساسية ، إضافة إلى تطبيق بحوث الخدمات الصحية فى تقويم هذه البدائل . ومن أهم عناصر الاستفادة من بحوث الخدمات الصحية إمكان تقويم وسيلة تطبيق برامج الرعاية الصحية وأثار هذا التطبيق (مثل : مراكز الرعاية الصحية فى الأحياء - إلحاق العيادات الشاملة بالمستشفيات أو جهود وبرامج التطعيمات) (Shortell & Richardson 1987) ، وبما أن هذه التقويمات عادة موجهة نحو تقدير برامج وسياسات حكومية محددة فإنها تؤدى إلى مساهمة مباشرة نحو جهود تحليل السياسات الصحية ذات العلاقة ، ويعتمد تحليل السياسات على كم المعرفة التى تم استنباطها من خلال البحوث العلمية وبحوث الخدمات الصحية لتوضيح الفشوة المعلقة المحيطة بالسياسات الحالية (كالتأمين الصحى) ، ثم مقارنتها بسياسات بديلة (مثل : برامج التأمين الصحى الشامل) وطرح التوصيات لصانعى القرار على المستوى المحلى ومستوى حكومة الولاية والحكومة الفدرالية .

هذا ، وقد كان حقل بحوث الخدمات الصحية تاريخياً عرضة للنقد لعدم اشتماله على دراسات تهدف مباشرة إلى تعديل قرارات السياسات الصحية الصعبة (Anderson 1991 Choi & Greenberg 1982; Flook & Sanazaro 1973; Institute of Medicine 1979) .



وتشير الإضافات والتصنيفات الحديثة لمساهمات بحوث الخدمات الصحية لحقلى السياسات والإدارة الصحية بوضوح إلى أن الحدود الفاصلة بين مجال بحوث الخدمات الصحية ومجال تحليل السياسات الصحية بلنها حدود غامضة وغير واضحة المعالم (DeFrieze, Ricketts & Stein 1989; Ginzberg 1991; Shortell and Reinhardt 1992; white 1992).

شكل (٢-١) : مقارنة أهداف بحوث الخدمات الصحية مع أهداف أنماط التقصى الأخرى .



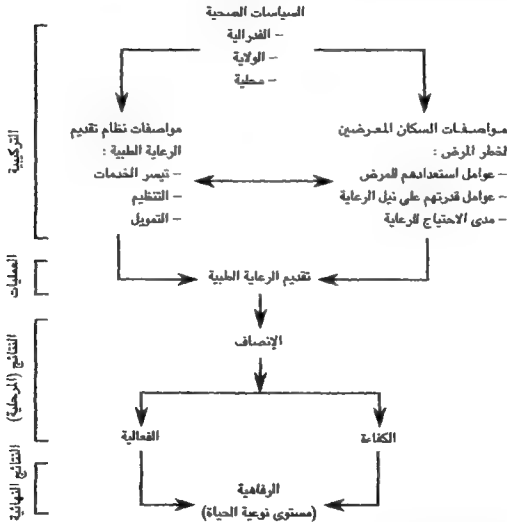
**موضوعات وتطبيقات بحوث الخدمات الصحية :****إطار فكري لتصنيف الموضوعات والقضايا في بحوث الخدمات الصحية :**

قد تعتبر السياسة الصحية بمثابة نقطة انطلاق أو مادة محفزة لتصميم وإجراء بحوث الخدمات الصحية انظر الشكل (٢ - ١) ، إذ إن معضلة التوفيق بين مشكلات سهولة نيل الخدمة الصحية للمستفيدين وتكلفة الرعاية الصحية وجودتها التي تواجه المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة على المستوى المحلى ومستوى الولاية والمستوى الوطنى فى تقديم الرعاية الطبية وتحمل نفقاتها ، تعتبر جميعها دعوة للباحثين من نوى الاختصاص للمساهمة بالمعرفة والخبرة المطلوبة لحل هذه المعضلة . ومما يدعم هذه الدعوة المفتوحة توافر الدعم المادى من خلال العقود الحكومية والبحوث الخاصة والتمويل المتوفر من المؤسسات الخيرية والمشاريع التجريبية ، هذا الدعم الذى يكون حافزاً لتطوير المشاريع البحثية والتدابير الاستشارية والمؤتمرات لدراسة هذه القضايا . بل إن مفاهيم ومنهجيات بحوث الخدمات الصحية هى ذاتها بمثابة الدليل والدافع لدراسة تلك القضايا ، وذلك من خلال وصف وتحليل وتقويم تركيبة وعمليات ونتائج نظام الرعاية الطبية .

أما التركيبة هنا فهى ترجع إلى توافر وتنظيم وتمويل برامج الرعاية الصحية وخصائص السكان الذين تستهدفهم هذه البرامج . أما العمليات فتشمل كل التعاملات بين المرضى ومقدمى الخدمة الطبية فى سياق تقديم الرعاية الفعلية ، وبإمكاننا اعتبار الإنصاف والكفاءة والفعالية كنتائج مرحلية لعمليات تقديم الرعاية الطبية والتي تعنى فى المحصلة النهائية بتحسين الوضع الصحى للمجموعة السكانية ورفع مستوى الرفاهية لديهم . توفر بحوث الخدمات الصحية المعلومات الوصفية الأساسية عن تنظيم وتشغيل نظام الرعاية الطبية (أعداد وتوزيع مقدمى الخدمة الطبية ونسبة غير المتمتعين بالتأمين الصحى فى المجموعة السكانية وتوزيع الحالات المرضية عند السكان) ، كما تحلل أيضاً العلاقات المحتملة بين عناصر النظام الصحى كما هو موضح بالشكل (٢ - ١) ، وبذلك التحليل يمكن اختبار وقع السياسات الصحية على نظام تقديم الرعاية الصحية وكذلك على المجموعة السكانية المتأثرة بهذه السياسات ، إضافة إلى آثار ومواصفات نظام تقويم الخدمة على الإنصاف وعلى تفاعل عنصرى الكفاءة

والفعالية على سبيل المثال . كما نرى أن هذا النموذج يفترض أن الإنصاف في الوصول إلى نظام الرعاية - متمثلاً فيمن يتمكن من الدخول فعلاً ضمن النظام لنيل الخدمة الطبية ومدى تكرار استخدامهم للخدمة - يؤثر مباشرة على كفاءة وفعالية الرعاية المقدمة . إضافة إلى تأثيره في النهاية على المستوى الصحي للمجموعة السكانية التي كان النظام الصحي يستهدفها أصلاً .

شكل (٢-١) : إطار فكري لتصنيف الموضوعات والقضايا في بحوث الخدمات الصحية .



**مستوى التحليل الكلى مقابل مستوى التحليل الجزئى :**

بالإمكان دراسة تركيبة وعمليات ونتائج الرعاية الطبية على كل من المستوى الجزئى - أى على المستوى الفردى بالنسبة للأشخاص وأيضاً بالنسبة للمؤسسات - وعلى المستوى الكلى - أى على مستوى النظام بأكمله أو مستوى المجتمع - ويتم فحص أداء النظام من ناحية الفعالية والكفاءة والإنصاف على كلا المستويين خلال هذا الكتاب وبالتحديد من الفصل الثانى إلى الفصل السابع ؛ ذلك لأن التركيز على مستوى واحد فقط من التحليل قد يفشل فى التسليم بوجود المستوى الآخر أو أثره ، إذ نرى - مثلاً - أن الاستثمار فى تطوير التقنيات أو الإجراءات الطبية من أجل الوصول إلى أفضل النتائج للشخص المريض قد يفشل فى تحديد ما إذا كانت هذه الاستثمارات هى فعلاً الأفضل من أجل رفع المستوى الصحى للمجتمع ككل عدا أن النظرة الشمولية للمؤشرات التكتلية للوضع الصحى (مثل : معدل الوفيات من أمراض القلب) ومعايير أداء النظام (مثل : معدلات حالات ارتفاع الضغط غير المعالجة) قد يفشل فى الكشف عن الدور الذى تلعبه ممارسات أسلوب المعيشة لدى الأشخاص (كالتدخين مثلاً) ومواقفهم حيال الرياضة البدنية مثلاً - فى التأثير على مستوى صحة الأفراد - كما تتضح صور مختلفة للفعالية عند النظر من خلال منظور التحليل الكلى الذى يركز على الاختلافات فى مستوى صحة المجموعة السكانية مقارنة بالنظر من خلال التحليل الجزئى إلى نتائج العلاج لمرضى محددين ، إذ إن الكفاءة الإنتاجية المرتفعة على المستوى الفردى لدى مقدمى الخدمة لا تؤدى بالضرورة إلى ارتفاع الكفاءة التحصيلية فى نظام الرعاية الطبية ككل . كما أنه بالإمكان تطبيق معايير العدالة فى تقدير درجة تحقيق الإنصاف التى تصل إليها مؤسسات الرعاية الصحية مفردة (عيادات ومستشفيات) أو التى يصل إليها نظام الرعاية الصحية شاملاً ولكن لايمكن تطبيق المعايير ذاتها فى تحقيق الإنصاف على المستويين الجزئى (العيادات أو المستشفيات) والكلى (النظام الصحى) مجتمعة وفى آن واحد . فكما نرى فى الفصول اللاحقة طرح النقاش الوارد الضوء على جوانب من أداء نظام الرعاية الطبية التى قد تظهر جلية واضحة ، أو قد لا تتضح إطلاقاً إذا ما كان التركيز على مستوى واحد فقط من التحليل سواء كان هذا التركيز على مستوى التحليل الجزئى أو على مستوى التحليل الكلى .

## نظرة تاريخية شاملة لمساهمات بحوث الخدمات الصحية نحو صياغة ووضع السياسات الصحية :

بحوث الخدمات الصحية هي ضرب حديث نسبياً من ضروب التقصى ، علماً بأن أصولها قد ترجع إلى بداية القرن الحالى فى الولايات المتحدة ، ونبيرز هنا مختارات تاريخية من مساهمات بحوث الخدمات الصحية فى صياغة السياسات الصحية الأمريكية (لمزيد من التفاصيل انظر Anderson 1940 Flook and Sanazaro 1973) . أدى تقرير فليكسنر (Flexner) المبني على دراسة شاملة للكليات الطبية فى الولايات المتحدة وكندا فى عام ١٩١٠م إلى إعادة تنظيم جذرية للتعليم الطبى فى البلاد . كما أن لجنة دراسة تكلفة الرعاية الطبية ، تلك اللجنة البارزة المكونة من (٤٢) عضواً شكلت عام ١٩٢٧م ، ولعبت دوراً هاماً فى تصميم وإجراء البحوث التى تناولت استخدامات وتكلفة الرعاية الطبية إضافة إلى الفروقات الجائرة فى إمكانية نيل الرعاية الطبية بين الطبقات الاقتصادية فى المجتمع آنذاك ، ونشرت اللجنة (٢٨) تقريراً بما فيها مجموعة من التوصيات التى أثرت ولا زالت تؤثر فى كيفية تنظيم وتقديم الرعاية الطبية فى الولايات المتحدة (يناقش لاحقاً فى الفصل السادس) .

أجرت إدارة الخدمات الصحية العامة فى عام ١٩٣٥ - ٣٦م مسحاً صحياً وطنياً وإحصاء مهنيًا للمستشفيات يهدف إلى توفير المعلومات الأساسية عن صحة السكان واحتياجاتهم من الرعاية الصحية ، إضافة إلى المعلومات عن التركيبة المالية للمستشفيات الأمريكية ، ومن هذا الكم من المعلومات والدراسات الأولية تم تطوير مفهوم «منطقة الخدمة الصحية» المعمول به حالياً لتشغيل المستشفيات العامة والمراكز الصحية ، وفى عام ١٩٤٤م أسس اتحاد المستشفيات الأمريكى (American Hospital Association) هيئة خاصة بدراسة الرعاية الطبية داخل المستشفى التى أعدت أول قائمة متكاملة شاملة لجميع مستشفيات أمريكا . هذه القائمة والإحصاء المهني أنفا الذكر حدا الاحتياج القائم لأسرة إضافية فى المستشفيات العامة وبخاصة فى المناطق الريفية ، الأمر الذى أدى إلى سن قانون هيل - بيرتون (Hill- Burton Act) القاضى بإجراء مسح شامل لجميع مستشفيات البلاد ، إضافة إلى الشروع فى مشاريع التوسع فى إنشاء المستشفيات . أجرت هيئة الأمراض المزمنة ، التى أنشئت فى عام ١٩٤٩م

تحت رعاية كل من اتحاد المستشفيات الأمريكى (AHA) والاتحاد الطبى الأمريكى (American Medical Association) والاتحاد الأمريكى للصحة العامة (American Public Health Association) والاتحاد الأمريكى للرعاية الاجتماعية العامة (American Public Welfare Association) عدداً من الدراسات التى تعنى بانتشار الأمراض المزمنة فى المجتمع وطرق الوقاية منها ، وكذلك الرعاية طويلة المدى والرعاية الصحية المنزلية .

كما أن اللجنة التمويلية التى أيضاً أنشأها اتحاد المستشفيات الأمريكى فى عام ١٩٥١م حاولت التطرق إلى عدد من القضايا المتعلقة بتمويل الرعاية فى المستشفيات (مثل العوامل المؤثرة على تكلفة الرعاية وتسديد رسوم العلاج فى المستشفيات مسبقاً وتمويل الرعاية لغير القادرين عليها ونوى الدخول المحدودة) . إن البحوث التى تناولتها تلك الهيئات الكبرى ساهمت فى المشاورات المتعلقة بتحديد الدور المناسب للحكومة فى الرعاية الصحية كما حدث فى لجنة الرئيس ترومان حول احتياجات البلاد من الرعاية الصحية ، إضافة إلى تطوير بحوث المعالجة وكذلك منهجيات التحليل الإحصائى والاقتصادى وجميعها ساهمت فى وضع الأساس لحقل بحوث الخدمات الصحية . هذا وقد وقفت البحوث التى أجريت تحت رعاية وزارة الصحة والتعليم والرعاية الاجتماعية (The U.S Department of Health, Education, and welfare) والتى تم إنشاؤها عام ١٩٥٢م ، وكذلك قانون المسوحات الصحية الوطنية الذى سن عام ١٩٥٦م (National Health Survey act) ليتمكن المركز الوطنى للإحصاء الصحى (National center for Health Statistics) من بذل جهوده العظيمة فى جمع المعلومات . إن استمرار الإجحاف فى إمكانية الحصول على الرعاية الصحية وخاصة بالنسبة للمعوزين والمسنين ، هذا الإجحاف الذى حدثت قبل عشرين عاماً لجنة دراسة تكلفة الرعاية الطبية ، وقد وفرت دلائل هذا التفاوت المستمر القواعد التجريبية التى على أثرها سن قانون مديكير ومديكير (Medicaid & Medicare) القاضى بتحمل الدولة بعض النفقات فى علاج المعوزين والمسنين وذلك من عام ١٩٦٥م ، أما المؤسسة الرائدة فى دعم نشاطات بحوث الخدمات الصحية فقد أنشئت رسمياً عام ١٩٦٨م بمسمى المركز الوطنى لبحوث الخدمات الصحية وتطويرها (National Center for Health services, Research and Development) . وفى الفترة قبل إنشاء هذا المركز لعب عدد من المؤسسات الفدرالية

والمؤسسات الخاصة بؤراً هاماً فى دعم تصميم وإعداد نشاطات بحوث الخدمات الصحية ، ومن أبرز المؤسسات الفدرالية التى ساهمت فى ذلك إدارة قدامى المحاربين (Vetrans Administration) ، وإدارة تمويل الرعاية الصحية (Health Care Financing Administration) ، والجمعية الوطنية للصحة العقلية (National Institute of Mental Health) ، والجمعية الوطنية للمسنين (National Institute of Aging) . ومن أبرز المؤسسات الخاصة التى ساهمت كذلك مؤسسة روبرت وود جونسون الوقفية (The Robert wood Johnson Foundation) ، وصندوق الكمنولث (The commonwealth fund) ، ومؤسسة بيو الوقفية (The Pew Foundation) . وقد عقد أول اجتماع وطنى لاتحاد بحوث الخدمات الصحية والمؤسسة العامة لبحوث الخدمات الصحية فى شيكاغو فى يونيه ١٩٨٤م . وفى عام ١٩٨٩م تلقى المركز الوطنى لبحوث الخدمات الصحية دعماً كبيراً لتمويل البحوث المتعلقة بنتائج المرضى والفعالية الطبية وذلك نتيجة لمشاريع قوانين بحوث نتائج المرضى التى عرضها الكونغرس ، وقد أدى ذلك إلى تغيير مسمى المركز الوطنى إلى المؤسسة العامة لسياسات وبحوث الرعاية الصحية وبذلك يعكس تعديل تركيز المؤسسة نحو السياسات الصحية بصفة خاصة . كما تساهم بحوث الخدمات الصحية بازدياد مستمر فى تصميم وتقويم السياسات والبرامج الصحية على شتى المستويات - الفدرالى والولاية والمستوى المحلى - مثل نظام تمويل الرعاية الصحية للمعوزين والمسنين (Medicaid & Medicare) ، وكذلك نظام تعويض الأطباء بالقيمة النسبية المبني على الموارد المستخدمة (Resource-based Relative Value Method) .

وفى الفصول اللاحقة تتم مناقشة مساهمات بحوث الخدمات الصحية بدعم من المؤسسات والمنظمات المختلفة لتوضيح وتقويم أهداف السياسة الصحية من حيث الفعالية والكفاءة والإنصاف .

### نظرة شاملة لنظام الرعاية الطبية الأمريكى :

يصف النقاش التالى الاتجاهات فى تركيبة وعمليات ونتائج النظام الطبى الأمريكى وعلاقتها بالفعالية والكفاءة والإنصاف ، ويعرض المعلومات عن المشكلات الصحية التى تواجه المجموعة السكانية التى تحتاج إلى خدمات الرعاية الطبية ، والمصادر المتاحة

لتغطية هذه الاحتياجات والتركيبية التنظيمية والمالية للنظام الصحي - من يستخدمه ،  
وكم تبلغ تكلفته ؟ - وقد بينت أغلب المعلومات المعروضة على «الصحة والولايات  
المتحدة» (NCHS 1992) وهو من منشورات المركز الوطني للإحصاء الصحي .

### مواصفات المجموعة السكانية المعرضة للمرض :

تعتبر مؤشرات الوضع الصحي للمجموعة السكانية والمتغيرات التنبؤية له كمعايير  
لكل من الحاجة إلى الرعاية الطبية ونتائجها ، ومن أهم هذه المؤشرات والنتائج على  
سبيل المثال : أسلوب الحياة وعوامل الخطورة (مثل : ارتفاع مستويات الكوليسترول  
والتمخين) وأيضاً حدوث وانتشار الأمراض (وذلك بصفة عامة أو في حالة أمراض  
محددة مثل : مرض نقص المناعة المكتسب وارتفاع ضغط الدم) إضافة إلى الحالة  
المرضية (Morebity) لما لها من انعكاس في محدودية الحياة اليومية ، وكذلك معدلات  
الوفيات (بصفة عامة وأيضاً معدلات خاصة مثل : وفيات الأطفال الرضع ، وأخيراً  
حسابات الحياة المتوقعة عند الولادة (Life Expectancy) .

### أنحاط مفترقة من أساليب الحياة وعوامل الخطورة :

تعتبر أمراض القلب التاجية أكثر الأمراض كلفة إضافة إلى كونها أكثر مسببات  
الوفاة في الولايات المتحدة الأمريكية . ومن أهم عوامل الخطورة المرتبطة بأسلوب  
الحياة والتي تؤدي إلى الإصابة بأمراض القلب التاجية ، ارتفاع مستوى الكوليسترول  
في الدم وكذلك عادة التدخين ؛ لذا يشير ارتفاع هذين العاملين في المجموعة السكانية  
إلى وجود عبء كبير على نظام الرعاية الطبية إذ إن ربع عموم مواطني الولايات  
المتحدة يعانون من ارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم (محدد بأكثر من ٢٤٠ ملغ) أو  
أنهم يدخنون . ونجد أن نسبة النساء اللاتي يرتفع لديهن مستوى الكوليسترول  
(٢٩.٢٪) أعلى بقليل من نسبة الرجال (٢٦٪) ، وكذلك نسبة السكان البيض (٢٨٪)  
أعلى بقليل من نسبة المواطنين السود الذين يشكون من ارتفاع نسبة الكوليسترول  
(NCHS 1992, 213) . وترتفع نسبة ارتفاع مستوى الكوليسترول مباشرة مع ارتفاع  
العمر ، إذ إن أكثر من (٤٠٪) من المواطنين في سن (٤٥) سنة أو أكبر ترتفع لديهم



نسبة الكوليسترول في الدم ، إلا أننا نلاحظ أن نسبة المواطنين الذين يشكون من ارتفاع مستوى الكوليسترول أخذت بالانخفاض في جميع الفئات باستثناء فئة الذكور السود . ولا يتضح إذا ما كان سبب هذا الانخفاض العام هو التغيير في أسلوب الحياة أم بسبب تأثير الرعاية الطبية إذ فيما يدخن (٢٥٪) من المواطنين البالغين نجد أن نسبة المدخنين من الذكور السود تبلغ (٢٥٪) (NCHS 1992, 204) . وبصفة عامة نجد أن نسبة الذكور المدخنين (٢٨.٣٪) أعلى من نسبة الإناث (٢٢.٢٪) ولا يتضح فروقات أخرى تذكر بين الإناث البيض والإناث السود كما يتضح انخفاض نسبة المدخنين في جميع الفئات عن العقد الماضي .

### حدوث واختار المرض :

تتضمن الحالات الحادة التي بينها المسح الصحي الوطني تلك الحالات التي أدت إلى تدخل طبي أو حد في النشاط الحياتي اليومي ، وخلال عام ١٩٩٠م أصيب المواطنون بحادثين بالمتوسط ، من هذه الحالات الحادة (NCHS 1992, 201) ولوحظ وجود علاقة عكسية وثيقة بين العمر وعدد الإصابات ، إذ بلغ متوسط عدد الإصابات لدى الأطفال ثوب سن الخامسة أربع إصابات سنوياً ، فيما أصيب المواطنون فوق سن (٤٥) سنة بحدث سنوي واحد فقط إلا أن انتشار ضغط الدم المرتفع - وهو مرض مزمن ويؤدي إلى السكتة القلبية والسكتة الدماغية - يظهر علاقة مباشرة مع العمر إذ فيما يبلغ انتشاره الكلي (٤٠٪) لدى البالغين نرى أنه يزداد من (١٦٪) للفئة العمرية (٢٠ - ٢٤) سنة إلى (٧٠٪) لمن هم فوق سن (٦٥) عاماً . (NCHS 1992, 212) ، كما يبين انتشار هذا الحدث تفاوتاً ملحوظاً بين الأعراق ، حيث ينتشر في (٥٠٪) من الإناث والذكور السود من (٢٠) إلى (٧٤) سنة من العمر ، بينما يصيب أقل من (٤٥٪) من الذكور البيض وأقل من (٣٥٪) من الإناث البيض في نفس الفئة العمرية ، كما أن انتشار ضغط الدم المرتفع أخذ بالزيادة في جميع الفئات منذ عام ١٩٦٠م باستثناء السكان السود فقد استمر مستواه ثابتاً بينهم . وقد سجلت أمراض نقص المناعة المكتسب (الأيذ) أعظم احتياج جديد لخدمات نظام الرعاية الطبية ، إذ ارتفع عدد الإصابات الجديدة المسجلة سنوياً في الولايات المتحدة من (٤٠٠٠) إصابة في عام

١٩٨٤م إلى أكثر من (٢٠.٠٠٠) إصابة سنوياً مؤخراً . وقد كانت إصابات الأيدز تقع غالباً بين الذكور الشباب إذ تبلغ إصاباتهم سبعة أضعاف إصابات الإناث ، كما يوجد تفاوت بين الأعراق في توزيع المرض حيث تقع (٥٩٪) من إصابات الذكور بين البيض و (٥٦٪) من إصابات الإناث والأطفال تقع بين السود (NCHS 1992, 188) .

### الوضع المرضي (Morbidity) :

ينعكس تأثير الأمراض المزمنة عملياً في محدودية النشاط العادي أو الكبير ، ويتم تقدير مدى هذه المحدودية من خلال التقارير الذاتية ، الواردة في مسح المقابلات للصحة الوطنية . وفي عام ١٩٦٠م أفاد (١٣٪) من المواطنين وجود بعض المحدودية لديهم ، إلا أن المحدودية الشديدة منعت فقط (٤٪) ، من المواطنين من مزاوله نشاط عالٍ (NCHS, 1992, 2000) . وترتفع نسبة المحدودية لدى الذكور من السود وكذلك نوى النحل المنخفض ، كما ترتفع هذه المحدودية مباشرة مع ارتفاع العمر .

### الوفيات :

بلغت وفيات أمراض القلب (٧٣٢.٠٠٠) حالة وفاة في عام ١٩٨٩م ، إذ إنها أهم سبب للوفاة في الولايات المتحدة وذلك من حيث الفئات والأعداد ومعدل الوفيات المضبوط للعمر . ومن أهم هذه الأمراض القلب النورية (السكتة القلبية) (NCHS 1992, 158) ، يليها في الأهمية الأورام الخبيثة التي فتكت بنصف مليون شخص ، ثم أمراض الأوعية الدموية الدماغية (السكتة الدماغية) ، وكان السبب الرابع للوفيات في نفس العام الحوادث بأنواعها ، ثم أمراض إعاقة القنوات الرئوية المزمنة ، وقد لوحظ انخفاض بطيء - إلا أنه مستمر - في معدل الوفيات مجتمعة ، وكذلك لكل سبب على حدة باستثناء الأمراض الخبيثة التي استمرت معدلاتها ثابتة (NCHS 1992, 156) ، كما لوحظ أيضاً انخفاض في معدلات وفيات الأطفال إلا أن الفروقات العرقية لا زالت مستمرة ، فعلى الرغم من أن معدل وفيات الأطفال الكلى لعام ١٩٩٠م بلغ (٩,١) لكل ألف ولادة حية إلا أن معدل وفيات الأطفال البيض تبلغ (٨,٢) ، فيما يزيد معدل وفيات الأطفال السود عن الضعف بواقع (١٧,٧) وهذا الفرق مستمر منذ عام ١٩٦٠م إلى اليوم .

**توقعات الحياة عند الولادة :**

تنتج توقعات الحياة عن ناتج معدلات الوفيات وعوامل الخطورة المترابطة بها ، إضافة إلى الوضع المرضى ، ويسجل توقعات الحياة في الولايات المتحدة ارتفاعاً طفيفاً مع مرور الزمن ، فقد بلغ متوسط الحياة المتوقع الكلى للأعراق وللجنسين مجتمعة في الولايات المتحدة عام ١٩٩٠م (٧٥,٤) سنة ، إلا أن الفروق بين الأعراق والجنسين موثقة هنا ، إذ يتوقع للإناث من البيض أطول عمراً بواقع (٧٩,٣) سنة ، يليهن الإناث من السود بتوقع بلغ (٧٤,٥) سنة ، ثم الذكور من البيض بتوقع (٧٢,٦) سنة وأخيراً الذكور من السود (٦٦) سنة (NCHS 1992, 140) .

**مواصفات نظام تقديم الرعاية الطبية :**

تُبرز المناقشة التالية تيسر وتنظيم وتمويل النظام الطبى الأمريكى والتغييرات التى طرأت عليه خلال العقود الثلاثة الماضية وبخاصة تلك التى مست ملاك الأطباء والمستشفيات ومنظمات الرعاية المدبرة انظر الشكل (٢-١) . فيما يتعلق باستخدام خدمات الرعاية الصحية فإن الأطباء هم - فعلاً - متخذو القرار ، بينما تستهلك المستشفيات المصارف المتاحة أكثر من أى قطاع آخر ، أما منظمات الرعاية المدبرة فتسعى إلى دمج كل من تقديم الرعاية الطبية وكذلك تمويلها ، وهى عنصر من عناصر نظام تقديم الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة التى تتمتع بنمو مستمر .

**توفر الرعاية الصحية :**

تم إدراك وجود نقص متزايد فى أعداد الأطباء منذ ١٩٦٠م إذ كان يعمل آنذاك (٢٥٩٤٠٠) طبيب فى الولايات المتحدة أى بمعدل (١٤) طبيباً لكل (١٠٠٠) من السكان ، الأمر الذى أدى إلى توسع كبير فى الإنفاق على الكليات الطبية من كل من حكومات الولايات ، وأيضاً من الحكومة الفدرالية ، وقد أدى هذا التوسع إلى ازدياد عدد كليات الطب من (٨٦) كلية عام ١٩٦٠م إلى (١٢٧) كلية عام ١٩٨٢م ، وبذا ازداد عدد خريجي الطب من (٧٠٠٨١) خريجاً سنوياً إلى (١٥٩٨٥) خريجاً سنوياً خلال

الفترة نفسها . وبذلك يتوقع أن يرتفع عدد الأطباء فى الولايات المتحدة إلى (٧٢١٦٠٠) طبيب بحلول عام ٢٠٠٠م أى بنسبة (٢٦,٩) لكل (١٠٠٠) من السكان (NCHS 1992, 245, 251) مما يثير القلق عن نشوء فائض فى الأطباء يتعدى احتياج السكان (Reinhardt 1991) ، كما طرأت تغييرات أساسية على بيئة عمل المستشفيات خلال الثلاثين سنة الماضية من أهمها التطور السريع فى التقنية الطبية والتوسع فى خدمات العيادات الخارجية ، ونمو نظم المستشفيات التعددية ، وبرز تنافس شديد بين المستشفيات المختلفة من جهة وبين المستشفيات مجتمعة ومصادر تقديم الرعاية الطبية الأخرى من الجهة الأخرى ، إضافة إلى التغيير الجذرى فى نظام مدفوعات مديكير (Medicare) الذى يؤمن نصف ريع جميع المستشفيات تقريباً ، إذ استبدل نظام التعويض بآثر رجعى حسب النفقات المسجلة على المريض إلى نظام المدفوعات المسبقة وفق الفئات المرتبطة بالتشخيص (DRG) .

وقد بلغ عدد مستشفيات الإقامة القصيرة (٥٨٠٨) فى الولايات المتحدة عام ١٩٨٩م منها (٣١٪) مستشفيات حكومية (غالباً تابعه للحكومة المحلية) و (٥٦٪) منها غير حكومية وغير ربحية فيما كانت نسبة المستشفيات الربحية (التجارية) (٢٣٪) ، وتمثل هذه المستشفيات فى مجموعها (١,٠١) مليون سرير معظمها من مستشفيات حكومية ومستشفيات غير حكومية غير ربحية ، فيما كان نصيب المستشفيات الربحية (١٠٪) من الأسرة وهو ضعف نصيبها عام ١٩٦٠م (NCHS 1992, 225) ، كما ارتفع معدل أسرة المستشفيات العامة من (٢,٦) سرير لكل ألف من السكان عام ١٩٦٠م إلى (٣,٨) فى عام ١٩٨٩م بعد انخفاضه من (٤,٥) لكل ألف من السكان عام ١٩٨٠ . كما انخفضت نسبة شغل الأسرة من (٧٦٪) عام ١٩٦٠م ، إلى (٦٧٪) عام ١٩٨٩م ، وقد سبق معظم هذا الانخفاض الشروع فى تطبيق برنامج الدعم المسبق لمرضى مديكير عام ١٩٨٤م (NCHS 1992, 225, 258) .

### التنظيم :

يعمل حالياً (٣٠٪) من الأطباء غير الحكوميين ضمن إطار العيادات الشاملة (Group Practice) مقارنة بنسبة (١٠,٦٪) عام ١٩٦٥م ، وقد ارتفع متوسط عدد

الأطباء العاملين في العيادة الشاملة الواحدة من (٦,٦) أطباء إلى (٩,٦) أطباء في نفس الفترة ، هذا ، ويتعاقد (٥٠٪) من هذه العيادات الشاملة مع - على الأقل - واحدة من منظمات صيانة الصحة (Health Maintenance organizations) (HMO) وهي منظمات تضمن تقديم رعاية طبية شاملة ضمن نظام رعاية لمجموعة سكانية تشترك فيها خيارياً مقابل رسوم اشتراك محددة مسبقاً ، فيما يتعامل (٢٠٪) من العيادات الشاملة مع مثل هذه المنظمات على أساس معالجة المرضى المحولين إلى العيادات ، كما يتعاقد (٥٦٪) من هذه العيادات مع - على الأقل - واحدة من منظمات مقدم الرعاية المفضل (Preferred Provider Organizations PPO) وهي منظمات (إدارية) تتعاقد لتقديم الخدمات الصحية برسوم مخفضة بشروط «مراجعة الاستخدام» مقابل تشجيع المؤسسات المتعاقدة معها لتسويها على استخدام شبكة الأطباء والمستشفيات التي تتعاقد معها منظمات مقدم الرعاية المفضل . من أهم رنود الفعل في النظام الصحي لمواجهة نظام المدفوعات المسبق (PPS) والإستراتيجيات الأخرى إلى احتواء التكاليف الصحية ، تطوير تحالفات إستراتيجية بين المستشفيات ، ففي القطاع الخاص أخذت الشركات الكبرى للمستشفيات شراء المستشفيات في مناطق مختلفة وتطبيق إدارة مركزية وموحدة لرفع مستوى الكفاءة ، وبالتالي لرفع مستوى الأرباح . كما أخذت المستشفيات غير الربحية (Nonprofit) بالانتساب إلى المستشفيات الأخرى في نفس المنطقة من أجل تطوير أنماط التحويل بينها والمشاركة بالخدمات وربما أيضاً من أجل حماية أنفسها من توسع شبكات المستشفيات التجارية ، وحيث كانت نسبة المستشفيات المنتسبة (٢٠٪) عام ١٩٧٩م فقد ارتفعت هذه النسبة إلى (٤٥٪) من المستشفيات عام ١٩٨٧م ، وإذا استمرت هذه الظاهرة فقد تصل النسبة إلى (٨٠٪) عام ٢٠٠٠ (Luke, Begun, and Pointer, 1989) .

### التمويل :

لا يزال الأسلوب الأكثر شيوعاً في مدفوعات الأطباء هو تقديم الخدمات الطبية مقابل رسوم مباشرة (Fee for Service) ، علماً بأن انتساب الأطباء إلى منظمات التأمين المسبق (مثل HMO) قد بدأ في الانتشار منذ ١٩٧٠م . وحتى زمن قصير كان

الأطباء يملون رغباتهم في تحديد قيمة الرسوم التي يتقاضونها وكيفية ذلك ، مما أدى إلى ارتفاع دخول الأطباء مقارنة بالموظفين وبالعاملين بالمهن الأخرى في الولايات المتحدة الأمريكية إذ كان متوسط دخل الطبيب السنوي (١٢٢٢٠٠) دولار في عام ١٩٨٧ وهو (٥،٤) أضعاف متوسط الدخل لغير الأطباء في الولايات المتحدة (OECD 1991) .

بعد أن قضى المحللون إلى قصور نظام المدفوعات التقائدي للأطباء من حيث الكفاءة والإنصاف ، إذ كان النظام يكافئ الرعاية الطبية الإجرائية على حساب الرعاية التشخيصية وفيه كان الأطباء يتقاضون رسوماً متفاوتة للخدمة ذاتها ، كما أجمعوا على شدة تعقيد هذا النظام وصعوبة فهمه وتطبيقه ، لذا بدأ في عام ١٩٨٤م بذل الجهود الجادة لتجميد الرسوم ، وتم تطوير نظام جديد لمدفوعات الأطباء باستخدام مقياس القيمة النسبية المبينة على المصادر المستهلكة (Resource-based Relative Value) ، وفي مطلع ١٩٩٢م بدأت إدارة التمويل الصحي (HCFA) فترة انتقالية للعمل نهائياً بهذا المعيار الجديد (انظر الفصل الخامس) . ولم تقتصر هذه الجهود على الأطباء فقط إذ بدأت حركة احتواء تكلفة المستشفيات عملياً مع تنفيذ نظام المدفوعات المحددة مسبقاً الخاص بمدىكيكر (Medicare PPS) في عام ١٩٨٤م رغم تجارب العديد من الولايات في تطبيق برامج لتحديد رسوم المستشفيات منذ زمن طويل ، ففي ظل هذا النظام الجديد (PPS) يدفع المستفيد للمستشفيات مبلغاً محدداً مسبقاً مقابل كل مريض يخرج من المستشفى عوضاً عن تسديد الرسوم بناءً على التكلفة المعقولة بعد خروج المريض . وتختلف الرسوم المدفوعة مسبقاً حسب فئات المجموعة المرتبطة بالتشخيص (DRG) ، علماً بأن التكاليف الثابتة يتم تسديدها مبدئياً وفق مبدأ التكلفة المعقولة ، ثم يتحول إلى دمجها تدريجياً ضمن رسوم الفئات التشخيصية ، كما يتم تحديث قيمة الرسوم سنوياً للأخذ بالاعتبار الاختلافات في مؤشر أسعار مدخلات المستشفى . كما ازداد الدور الذي يلعبه التأمين الصحي الحكومي والتأمين الصحي الخاص في تمويل الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية ، ففي عام ١٩٩٠م بلغت نسبة المصروفات الصحية الشخصية المدفوعة مباشرة من قبل المستفيدين أنفسهم (٢٠٪) مقابل (٥٦٪) عام ١٩٦٠م ، كما بلغت نسبة ماسدته مؤسسات التأمين الخاصة ومن أهمها تنظيم الصليب الأزرق والدرع الأزرق (Blue cross & Blue Shield) والتأمين الذاتي بواسطة أرباب العمل ، والتأمين المستقل وشركات التأمين التجارية

(٢٢٪) من التكلفة عام ١٩٩٠م مقابل (٢١٪) عام ١٩٦٠م ، كما كان نصيب برامج التأمين الحكومي من التكاليف (٤١٪) (١١٪ من الحكومات المحلية وحكومة الولاية و ٢٠٪ من الحكومة الفدرالية) في عام ١٩٩٠م وهو ضعف نسبة المدفوعات الحكومية عام ١٩٦٠م - (Levit et al, 1991, 50). وعلى الرغم من هذا النمو في التأمين الحكومي والخاص لا زال هناك (٢٥) مليون شخص بدون تأمين صحي إطلاقاً وعدد مماثل لديهم بعض التأمين والذي لا يغطي جميع احتياجاتهم (NCHS 1991, 291).

### نظم إدارة الرعاية الطبية : (Managed Care)

تشمل نظم الرعاية الطبية الإدارة أنماطاً مختلفة من منظمات صيانة الصحة ومنظمات مقدم الرعاية المفضل (PPO) ، وقد نما عدد منظمات صيانة الصحة (HMO) وعدد المشتركين فيها نمواً كبيراً منذ أوائل السبعينيات ، فقد ارتفع عدد المنظمات في الفترة من ١٩٧٦ - ١٩٩١م من (١٧٦) منظمة إلى (٥٥٣) منظمة ، كما ارتفع عدد المشتركين فيها من (٦) ملايين إلى (٢٤) مليون شخص ، إلا أنه فيما يمثل مساهمة نمواً كبيراً ويبين أن منظمات صيانة الصحة (HMO) تعتبر منافساً نشطاً لمنظمات التأمين الصحي التقليدية في عدد من المدن ، إلا أن عدد المشتركين في هذه المنظمات لايتعدون (١٣٪) من سكان الولايات المتحدة المننيين (NCHS 1992, 293). كما تشمل الاتجاهات الحديثة أيضاً نمو عدد منظمات الرعاية المدارة الأخرى مثل : منظمات مقدم الرعاية الصحية المفضل (PPO) ، ومنظمات صيانة الصحة (HMO) غير التقليدية ، أى تلك التي تسمح لمشتريها باختيار مقدمي الرعاية الصحية من غير منسوبيها مقابل دفع جزء مالي محدد . ويتضح هذا النمو الكبير من خلال مؤشرات عديدة منها أن عدد المشتركين في هذه المنظمات غير التقليدية خلال عام ١٩٩٠ - ١٩٩١م الذي بلغ (٢٨,٥) مليون مشترك قد فاق عدد المشتركين في المنظمات التقليدية الذي بلغ (٢٥,٣) مليون مشترك خلال الفترة ذاتها / وهذا وقد بدأت مؤخراً المؤسسات التأمينية الأخرى مثل : منظمات أرباب العمل الخاص وبرامج مديكير الفيدرالية - من خلال عقود - وكذلك برامج مديكيد - على مستوى الولاية وكذلك المستوى الفدرالي - بمحاولة تشجيع اشتراك المستفيدين من خدماتهم في منظمات صيانة الصحة (Interstudy 1992) (HMO).

**استخدام نظام الرعاية الطبية :**

تعكس معدلات استخدام الرعاية الطبية ، معاملات عدة بين مقدمى الخدمة الصحية والمرضى ، ويتبع فى منشأة الرعاية الطبية الخارجية مثل عيادات الأطباء الخاصة ، أو عيادات الصحة العامة ، أو فى المستشفيات ، أو فى دور المسنين إضافة إلى منشآت صحية أخرى .

**خدمات الرعاية الطبية الخارجية : (Ambulatory Services)**

بلغ متوسط عدد مراجعات المواطنين الأمريكيين المدنيين غير المنومين فى مؤسسات صحية (٥, ٥) مراجعة للطبيب خلال عام ١٩٩٠م (NCHS 1992, 219) ، وتراوح عدد المراجعات السنوية للطبيب من (٤, ٧) مراجعة للشخص للذكور و (٦, ١) مراجعة للإناث ، وكان متوسط عدد مراجعات المواطنين أكثر من مراجعات المواطنين السود بعشرة بالمئة إذ بلغ متوسط عدد مراجعات البيض (٥, ٦) مراجعة للشخص بالعام مقابل (٥, ١) مراجعة للسود ، ويلاحظ ارتفاع تدريجى فى متوسط عدد المراجعات للفرد فى السنة على مر الزمن لجميع الفئات ، ويبدو تأثير سن وتطبيق قانون ميكييد ومديكير فى عام ١٩٦٥م جلياً على واحدة من هذه الفئات بالتحديد ، إذ ارتفع متوسط عدد مراجعات السود للأطباء من (٢, ٦) مراجعة سنوية للفرد فى عام ١٩٦٤م إلى (٤, ٩) مراجعة سنوية فى عام ١٩٧٥م (NCHS 1983, 90) . هذا وكان متوسط عدد مراجعات المواطنين إلى أطباء الأسنان فى عام ١٩٨٩م (٢, ٨) مراجعة للشخص (NCHS 1992, 223) . وفيما تساوى متوسط عدد مراجعات الذكور والإناث ، فقد كانت مراجعات المواطنين البيض بواقع (٢, ٢) مراجعة للفرد أعلى من المراجعات المسجلة للسود التى بلغت (١, ٢) مراجعة سنوية فقط . وقد لوحظ زيادة مستمرة لمراجعات البيض لأطباء الأسنان منذ عام ١٩٦٤م ، ولم يطرأ أى تغيير على معدلات استخدام السود منذ عام ١٩٨٣م .

**خدمات التنويم :**

بلغ معدل حالات الخروج من المستشفيات قصيرة المدى فى عام ١٩٩٠م (٩١) حالة خروج لكل ألف من السكان (NCHS 1992, 224) ، ولم يختلف كثيراً المعدل المسجل



للسكان البيض عن هذا المعدل العام إلا أن معدل حالات الخروج للسكان السود كان أكبر ، حيث سجل في نفس العام (١١٢) حالة خروج لهم لكل ألف من السكان الأمريكيين . ومنذ صدور قانون رعاية المسنين والمعوزين (Medicare & Medicaid) في عام ١٩٦٤م أخذ معدل حالات خروج المرضى من المستشفى بالانخفاض بالنسبة للسكان البيض إلا أن معدل السكان السود قفز من (٨٤) لكل ألف من السكان في عام ١٩٦٤م إلى (١١٥,٢) في عام ١٩٨٥م . ومن أهم المعايير المستخدمة في قياس استخدام المستشفى أيضا إضافة إلى متوسط أعداد الدخول أو الخروج من المستشفى ، معيار متوسط عدد أيام الإقامة في المستشفى ، ويعكس هذا المعيار صورة ماثلة لتلك التي يرسمها معيار معدل الدخول إلى المستشفى ، على مر الزمن ، ففي عام ١٩٩٠م كان متوسط عدد أيام الإقامة في المستشفى (٦,٧) أيام للسكان بصفة عامة ولا يختلف هذا المتوسط المسجل للمرضى من السكان البيض مثل : المعيار السابق (NCHS 1992, 225) ، وقبل عام ١٩٦٤م أي قبل صدور قانون رعاية المسنين والمعوزين (Medicare & Medicaid) سجل المرضى من السكان السود أعلى متوسط لأيام الإقامة في المستشفى بواقع (١٢,٧) أيام مقابل حوالي (٩) أيام لمجموع السكان الكلي ، وقد سجل هذا المعدل انخفاضا مستمرا عبر الوقت لجميع الفئات ، إلا أن أكبر انخفاض كان للمرضى من السكان السود ، فقد انخفض معدل إقامتهم في المستشفى إلى (٧,٨) أيام في ١٩٩٠م .

تعد الإجراءات الطبية من عناصر استخدامات المستشفى المكلفة ، وتلقى الضوء هنا على نوعين من الإجراءات ، الأول : هو الإجراءات التشخيصية ، والإجراءات غير الجراحية الأخرى والنوع الثاني : هو العمليات الجراحية . وبما أن استخدام الإجراءات والعمليات تميل إلى كونها مرتبطة بأحد الجنسين سيتم بيان معدلات الاستخدام لكل جنس على حدة . في عام ١٩٩٠م كان أكثر الإجراءات التشخيصية استخداماً للمرضى الذكور المنومين في المستشفى إجراء تصوير الأوعية القلبية باستخدام صبغة مغايرة لإظهار الشرايين التاجية ، إذ بلغ معدل استخدامها (٦,٩) إجراء لكل ألف من السكان (NCHS 1992, 233) ، ويليه إجراء استخدام الأشعة المقطعية (C.T. scan) بمعدل (٥,٨) إجراء لكل ألف من السكان ، ثم استخدام الموجات فوق

الصوتية التشخيصية بمعدل (٥,٤) إجراء لكل ألف من السكان ، يليه معدل استخدام منظار المثانة الذي بلغ (٢,٧) إجراء لكل ألف من السكان . هذا وقد ارتفع معدل استخدام الإجراءات الثلاثة الأولى أربعة أضعاف خلال العقد الماضي من ١٩٨٠م ، فيما انخفض معدل استخدام إجراء منظار المثانة بعض الشيء . أما بالنسبة للإثناث فحلت نفس الإجراءات الثلاثة الأولى للرجال في مقدمة الإجراءات المستخدمة مع اختلاف الترتيب ، حيث كان أكثر الإجراءات استخداماً للإثناث إجراء الموجات فوق الصوتية التشخيصية ، يليها استخدام إجراء الأشعة المقطعية (C.T. scan) ، وثالثاً : تصوير الأوعية القلبية وكانت معدلات استخدامها (٦,٢) و (٤,٩) و (٢,٥) على التوالي ، ويعزى وجود معدل استخدام الموجات فوق الصوتية التشخيصية في المركز الأول إلى استخدامها في تصوير الأجنة أثناء الحمل . وقد ارتفع معدل استخدام هذه الإجراءات الثلاثة أربعة أضعاف أيضاً خلال عقد من الزمان منذ ١٩٨٠م . أما معدل الاستخدام الرابع للإثناث فكان التصوير بالنظائر المشعة بمعدل (٢,١) إجراء لكل ألف من السكان . أما بالنسبة للإجراءات الجراحية فقد وردت العمليات الجراحية الأكثر استخداماً للذكور بالترتيب التالي ، أولاً : قصطرة القلب بمعدل (٥,٢) لكل ألف من السكان ، ثم استئصال غدة البروستاتا (٢,٨) إجراء لكل ألف من السكان ، يليها عمليات الكسور بمعدل (٢,٤) إجراء وعمليات إصباح الانسداد التاجي بمعدل (٢,٤) إجراء أيضاً (NCHS 1992, 231) . هذا وقد تضاعف معدل استخدام قصطرة القلب خلال العقد الماضي فيما انخفضت معدلات الإجراءات الأخرى بعض الشيء . أما بالنسبة للإثناث فكانت أكثر العمليات شيوعاً تلك المتعلقة بالولادة خاصة عمليات الولادة الطبيعية بمعدل (١٧,٣) لكل ألف من السكان وهو ثلاثة أضعاف العمليات القيصرية التي استخدمت بمعدل (٦,٦) إجراء لكل ألف من السكان ، وعمليات فتح جدار المهبيل بمعدل (٥,٥) ، يليها عمليات استئصال الرحم بمعدل (٤,٣) ، ثم عملية استئصال المبيض بمعدل (٢,٤) ، ثم إجراء قناة فالوب بمعدل (٢,٩) ، يليها عمليات كحت الرحم (D & C) بمعدل (٠,٨) إجراء لكل ألف من السكان . وقد ارتفع معدل العمليات القيصرية بخمسة وعشرين في المئة منذ عام ١٩٨٠م ، فيما انخفض معدل عمليات ربط قناة فالوب وكحت الرحم انخفاضاً ملحوظاً .

**خدمات دور المسنين :**

قد يكون الارتفاع المفاجئ لعدد نزلاء دور المسنين ومنظمات الرعاية الشخصية من أهم آثار قانون المساعدة الطبية للمسنين والمعوزين (Medicare & Medicaid) ، فمنذ عام ١٩٨٥م كان عدد المقيمين في مثل هذه المنظمات ممن هم فوق الخامسة والستين من العمر (٤٦,٢) لكل ألف من السكان (NCHS 1992, 236) ، ويفوق عدد الإناث في هذه المنظمات (٥٧,٦/١٠٠٠ من السكان) عدد الذكور (٢٩/١٠٠٠ من السكان) كما يفوق عدد المسنين من السكان البيض عدد السكان السود في هذه المنظمات بمعدل (٤٧,٧) مقابل (٣٥) لكل ألف من السكان ، ويتضح أن معدلات البيض قد تضاعفت منذ سن قانون المساعدة الطبية للمسنين والمعوزين (Medicare & Medicaid) في عام ١٩٦٤م ، فيما ارتفعت معدلات السكان السود المقيمين في دور المسنين ثلاثة أضعاف .

**المصروفات والتكاليف :**

بلغت مصروفات الرعاية الصحية الوطنية على النظام الطبي الأمريكي البالغ التعقيد والاستناد على التقنية المكلفة (٦٦٦,٢) بليون دولار أمريكي في عام ١٩٩٠م مقارنة بمبلغ (٢٧,١) بليون دولار في عام ١٩٦٠م . وفي الفترة ذاتها ارتفعت مصروفات الرعاية الصحية السنوية من (١٤٣) دولاراً إلى (٢٥٦٦) دولاراً للفرد ، كما ارتفعت من (٥,٣٪) إلى (١٢,٢٪) من مجمل الإنتاج القومي (Levit et al, 1991, 46) . وفيما ارتفعت جميع مصروفات الرعاية الوطنية ، فإن التحول الذي طرأ في توزيع الإنفاق على الخدمات كان في الدرجة الأولى نحو الإنفاق على الرعاية في المستشفيات وفي دور المسنين وبعيداً عن الإنفاق على الأدوية والمصروفات الطبية المتفرقة الأخرى . وتمثل المستشفيات أكبر قطاع للإنفاق ، فقد ارتفعت نسبة الإنفاق في هذا الجانب من (٣٤٪) عام ١٩٦٠م إلى (٢٨٪) في عام ١٩٩٠م (NCHS 1992, 268) . ويبدو أن الجهود المبذولة نحو احتواء التكاليف قد نجحت في كبح النمو في الإنفاق على المستشفيات ، أما الإنفاق على خدمات الأطباء فقد ثبت على نسبة (٢٠٪) من الإنفاق الوطني على الرعاية الصحية ، كما زاد الإنفاق على دور المسنين مع ارتفاع نسبة المسنين من السكان ، والتوسع في برامج رعاية المسنين الحكومية إذ ارتفعت نسبة

الإنفاق من (٤٪) من الإنفاق الكلى على الرعاية الصحية في عام ١٩٦٠م إلى (٨٪) في عام ١٩٩٠م ، ومع أن مستويات الإنفاق الصحى المطلق ارتفعت جميعها إلا أن الحصة النسبية المنفقة على الأولوية والمتفرقات الطبية الأخرى قد انخفضت منذ ١٩٦٠م . أما الإنفاق الشخصى على الرعاية الصحية - وهو الإنفاق المباشر من أجل الحصول على الرعاية خارج نطاق التأمين - فقد ارتفع بحدّة وخاصة بعد تطبيق قانون المساعدة للمسنين والمعوزين (Medicare & Medicaid) في عام ١٩٦٥م واستمر بنزعة قوية نحو الارتفاع في السبعينيات التى كانت فترة تضخم عام مرتفع ، وبدأ النمو في التدهور مبدئياً في الثمانينيات نتيجة تدابير احتواء التكاليف الصحية وأيضاً نتيجة انخفاض مستوى التضخم العام . إلا أن ارتفاع التكاليف الصحية عاود الاستمرار مجدداً وذلك بنسبة (١٠,٥ ٪) بين ١٩٨٩ - ١٩٩٠م ، ومن أهم الأسباب التى ساهمت في ارتفاع الإنفاق الشخصى على الرعاية الصحية التضخم الاقتصادى العام والزيادة في استخدام الخدمات الطبية إضافة إلى زيادة كثافة الخدمات المستخدمة للفرد (Levit et al 1991) . ولتخصيص وضع التكاليف والمصروفات الصحية فإنه نتيجة للمحاولات المتضاربة لمجابهة معضلتى الوصول إلى الخدمة الطبية وأيضاً ارتفاع التكاليف ، فقد واجه الأطباء والمستشفيات ومؤسسات التأمين والمستقبلون من الخدمة تغييرات جذرية في تنظيم وتمويل الرعاية الطبية خلال الثلاثين سنة الماضية وجميع هذه التدابير الجديدة هى جزء من مؤسسة طبية جديدة متحدة في نظام الرعاية الصحية الأمريكية (Start 1982) ، حيث يجاهد صانعو السياسات الصحية ويتكبدون التكاليف الصحية معاً من أجل صياغة سياسة مناسبة لمجابهة هاتين المعضلتين في محيط نظام الرعاية الصحية الفريد بتعديته .

تتناول الفصول اللاحقة الأساسيات الفكرية والمنهجية والتجريبية لكل من الفعالية والكفاءة والإنصاف في نظام الرعاية الطبية الأمريكى ، وتستعرض تطبيقات بحوث الخدمات الصحية الخاصة باتخاذ القرار خاصة فيما يتعلق بتدابير النتائج الطبية وإصاحاح نظام مقايضة الأطباء ونظام التأمين الصحى الشامل لبيان الدور الذى تلعبه بحوث الخدمات الصحية في تحليل السياسات بمقارنة خيارات التأمين الصحى الشامل المتاحة ، وذلك باستخدام المعايير المنبثقة من مفاهيم الفعالية والكفاءة والإنصاف .

## المراجع :

- American Medical Association. 1990 Medical group Practice in the United States. Chicago: American Medical Association.
- Anderson, O.W. 1991. The Evolution of Health Services Research: Personal Reflections on Applied Social Science. San Francisco: Jossey-Bass.
- \_\_\_\_\_. 1990. Health Services as a growth Enterprise in the United States since 1875. 2nd ed Ann Arbor. Health Administration Press.
- Brown L. D. 1991. "Knowledge and Power. Health Services Research as a Political Resource". In Health Services Research: Key to Health Policy, edited by E. Ginzberg. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Chio, T., and J. N. Greenberg. 1982 Social Science Approaches to Health Services. Resarch. Ann Arbor' Health Administration Press.
- Defriese, G. H., T. C. Ricketts, III, and J. S. Stein, eds. 1989. Methodological Advances in Health Services Research. Ann Arbor. Health Administration Press.
- Dunn, W. N. 1981. Public Policy Analysis. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Flook, E. E., and P. J. Sanazaro, eds. 1973. Health Services Research and R&D in Perspective. Ann Arbor' Health Administration Press.
- Ginzberg, E. ed. 1991. Health Services Research: key to Health Policy. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Institute of Medicine 1979. Report on Health Services Research. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Interstudy. 1992-1991 Managed Care Firms. Excelsior, MN: Interstudy.
- Levit, K. R., H. C. Lazenby, C. A. Cowan, and S. W. Letsch 1990. "National Health Expenditures 1990" Health Care Financing Review 13 (1): 29 - 54.
- Luke, R. D., J. W. Begun, and D. D. Pointer. 1989. "Quasi-firms: Strategic Interorganizational Forms in the Health Care Industry". Academy of Management Review 14 (1): 9 - 19.
- National Center for Health Statistics. 1983. Health, United States, 1982. DHHS Pub. No. PHS 83 - 1232 Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- \_\_\_\_\_. 1992 Health, United States, 1991. DHHS Pub. No. PHS 92 - 1232. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- OECD Health Data: A Software Package for the International Comparison of Health Care Systems. 1991. Ver 1.01. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Physician Payment Review Commission. 1991. Annual Report to Congress, 1991. Washington, DC: Physician Payment Review Commission.
- Reinhardt, U. E. 1991. "Health Manpower Forecasting: The Case of Physician Supply". In Health Services Research: Key to Health Policy, edited by E. Ginzberg. Cambridge, M: Harvad University Press.

- Russell, L. B. 1989. Medicare's New Hospital Payment Saystem: Is It Working? Washington, DC: Brookings Institution.
- Shortell, S. M., and U. E. Reinhardt, eds. 1992. Improving Health Policy and Management: Nine Ciritcal Research Issues for the 1990s. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Shortell, S. M., and W. C. Richardson. 1978. Health Program Evaluation. St. Louis: C. V. Mosby.
- Starr, P. 1982. The Social Transformation of American Medicine. New York: Basic Books.
- White, K. L. 1992. Health Services Research: An Anthology. Scientific Publication No. 534. Washington, DC: Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the Wold Health Organization.

## الفصل الثاني

### الفعالية : مفاهيم ومنهجيات

هل تؤدي الرعاية الطبية أية منفعة ؟ على الرغم من أن هذا السؤال قد طرح كثيراً إلا أنه سؤال مضلل ببساطته ويتضمن سؤالين أساسيين (ولاً) ماهى إسهامات الرعاية الطبية نحو صحة السكان ؟ (ثانياً) هل بالإمكان تحسين فعالية الرعاية الطبية السريرية ؟ كل من هذين السؤالين يعنى بالفعالية وهى المنافع التى يمكن نيلها من الرعاية الطبية ، ويسمى هذا الفصل إلى تحديد مفهوم فعالية الرعاية الطبية وفحص المنهجيات الرئيسية لتقديرها .

وخير مكان للبدء منه فى تناول السؤال الأول هو فى بحث التغيير الذى طرأ على معدلات الوفيات فى السكان على مر الزمن ، ومساهمات الرعاية الطبية فى أى تحسن يلاحظ عليها . لقد انخفضت جميع معدلات الوفيات الناتجة عن الأمراض المعدية خلال هذا القرن فى الولايات المتحدة الأمريكية . إذ انخفض معدل الوفيات المعيارى بسبب مرض السيل من (٢٠٠) وفاة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان إلى أقل من (١٠) وفيات خلال فترة خمس وسبعين سنة ، كما انخفضت الوفيات بسبب الالتهابات الرئوية من أكثر من (١٥٠) وفاة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان إلى أقل من (٢٥) وفاة ، كما سُجل انخفاض جزئى فى الوفيات من الخناق والتيفوئيد وأمراض معدية أخرى فى الفترة من ١٩٠٠م إلى ١٩٧٣م وتستمر فى الانخفاض إلى اليوم (Mckinlay and Mckinlay 1977) . كما اتبعت معدلات وفيات الأطفال نمطاً مماثلاً بانخفاض سريع من مستوى مرتفع بمعدل (٦٠) وفاة لكل (١٠٠٠) ولادة حية فى عام ١٩٣٠م إلى (٢٩,٢) فى عام ١٩٥٠م ، وقد قل معدل الانخفاض من (٤,٣٪) بالعام إلى (٢٪) بالعام سنة ١٩٥٠م ، ثم ارتفع إلى (٥٪) سنوياً عام ١٩٧٠م حين كان المعدل (٢٠) وفاة لكل (١٠٠٠) ولادة حية ، وفى عام ١٩٩٠م كان المعدل الوقتى قد انخفض إلى (٩,١) وفاة لكل (١٠٠٠) ولادة حية ، أما بالنسبة للسكان السود فكانت معدلاتهم أعلى خلال القرن إلا أن النمط كان مماثلاً للبيض ، فقد كان المعدل حوالى (١٠٠) وفاة لكل (١٠٠٠) ولادة حية فى عام ١٩٣٠م و (٤٣,٩) فى عام ١٩٥٠م و (٣٢,٢) عام ١٩٧٠م . وفى

عام ١٩٨٩م كان معدل وفيات الأطفال الرضع للسكان السود (١٧,٧) وفاة لكل ألف من الولادات الحية (141, 1992, NCHS) ، إلا أن إدارة خدمات الصحة العامة نشرت في الأربعينيات مجموعة من التحليلات (Moriyama and Gover 1984, Woolsey and Moriyama 1948) التي وثقت الانخفاض في وفيات الأمراض الحادة المعدية وأيضاً ارتفاعاً سريعاً في الوفيات من الأمراض المزمنة وبخاصة أمراض القلب التاجية . وبعد تضبيب المعدل لتوزيع الأعمار المختلف للسكان أظهرت البيانات أن الوفيات الناتجة عن أمراض القلب التاجية ارتفعت من المستوى المتواضع بمعدل (١٦٨) وفاة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان في عام ١٩٠٠م إلى (٣٣٩) في عام ١٩٤٠م . كما ارتفعت نسبة الوفيات بسبب أمراض القلب من (٨٪) إلى (٢٧٪) خلال الفترة ذاتها ، وقد تلا هذا الارتفاع الحاد ثباتاً في مستوى وفيات أمراض القلب تطور بعد ذلك إلى انخفاض طفيف وأخيراً إلى انخفاض هام ومطرد في وفيات أمراض القلب التاجية الذي استمر إلى اليوم .

وفي خلال نفس الفترة أخذ متوسط العمر المتوقع - الذي يعكس انخفاض معدلات الوفاة وكذلك تأخر حدوثها - بالارتفاع لكل من الذكور والإناث والسكان السود والبيض حيث كان متوسط العمر المتوقع في بداية القرن للذكور البيض (٤٧) سنة ، وقد ارتفع إلى (٦٧) سنة عام ١٩٦٠ ، وفي عام ١٩٨٠م ارتفع إلى (٧٠) سنة ، وفي عام ١٩٩٠م وصل إلى (٧٣) سنة . كما كان متوسط العمر المتوقع للإناث البيض (٤٩) سنة في مطلع هذا القرن ، ومع أنه كان يوماً أعلى من متوسط الذكور البيض إلا أنه اتبع نفس النمط حتى وصل إلى مستواه الحالي بمقدار (٧٩) سنة . كما استمرت معدلات الذكور والإناث السود بنمط مماثل ، ولكن بمستوى أقل من البيض إذ كان متوسط العمر المتوقع للذكور السود (٦٦) سنة وللإناث السود (٧٥) سنة في عام ١٩٩٠م (NCHS 1992, 140) .

يبدو أن القضاء على وفيات الأمراض المعدية الحادة والانخفاض الملحوظ في وفيات الأطفال والانخفاض الحاد في مسببات الوفاة الرئيسية (باستثناء وفيات السرطان التي استمرت بنفس المستوى) ومانتج عن ذلك من ارتفاع في متوسط العمر المتوقع وكنهه بشير عصر جديد من الإنجازات في حقل الرعاية الصحية ، إلا أن هذه



النجاحات لم يتبعها جيل جديد ينمو خالياً من الأمراض بل تبعها وباء جديد لمرض معد رهيب ، إذ خلال عقد من الزمان ظهر مرض نقص المناعة المكتسب في المركز التاسع كسبب رئيسي للوفيات بين السكان عامة ، واحتل المركز الثاني كسبب لوفيات الذكور بين عمر (٢٥ - ٤٤) في الولايات المتحدة الأمريكية . ويبدو أن مفهوم «الصحة» بمعنى القضاء على جميع الأمراض المعدية منها وغير المعدية ليست إلا مجرد وهم كما ذكر ذلك رينيه دويو (Dubos, R 1959) .

مما لاشك فيه إذاً أن صحة السكان في الولايات المتحدة الأمريكية قد تحسنت بشكل ملحوظ خلال هذا القرن كما تشير أرقام معدلات الوفيات ومتوسطات العمر المتوقع ، ولكن هل هذه التحسينات فعلاً عائدة إلى الرعاية الطبية أم إلى عامل أو مجموعة من العوامل الأخرى ؟ هناك آراء مختلفة للإجابة على هذا السؤال ونطرح هنا ثلاث من وجهات النظر التي تمثل مجال الآراء في هذا الصدد ، وذلك بقصد إعداد الساحة لطرح النقاش حول فعالية الرعاية الطبية .

يتضح من خلال كتاباتهم في السبعينيات انضمام كل من توماس ماكيون وإيفان إليك وريك كارلسون إلى ما يمكن تسميته بالمميز العدمي وذلك من خلال تصريحاتهم المتكررة بأن أي تحسن قد طرأ على صحة السكان لم ينتج عن الرعاية الطبية بل نشأ في الواقع من قوى أخرى غير جهود الرعاية الطبية . بل إن إليك وكارلسون ذهبوا إلى الاعتقاد بأن الرعاية الطبية قد أصبحت منذ أوائل السبعينيات سبباً رئيسياً للوفاة والإعاقة . وقد يكون (إليك) أكثر هؤلاء المحللين تطرفاً ، فقد جادل في كتابه (Medical Nemesis 1975) بأن فعالية الطب محدودة جداً ، بل إنه منذ الخمسينيات واحتمال اجتناء الخير من الطب متساوية مع إصابة الشر منه . وأشار كارلسون إلى أفكار مماثلة في كتابه (The End of Medicine 1975) حيث أكد أنه حتى تلك الفعالية المحدودة للرعاية الطبية سوف تتناقص ، كما أكد ما أشار إليه آخرون بأن العوامل الاجتماعية والبيئية تساهم في تحسين المستوى الصحي للسكان أكثر من الرعاية الطبية . كما أفاد ماكيون (١٩٧٦) - مستنداً إلى معدلات الوفيات في الغرب خلال أكثر من قرن - أن الانخفاض في معدلات الوفيات كان في الإجمال يرجع إلى التحسينات في التغذية والنظافة وليس إلى الرعاية الطبية .

أما في المنظور الثاني فقد انعكست درجة أقل من النظرة العدمية في كتابات مثل كتاب فكتور فيوكس (Who Shall live 1976) والذي لم يفتد فيه إسهامات الرعاية الطبية تماماً ، بل جادل بأن إسهامات الرعاية الطبية الهامشية ضئيلة جداً ، وبمعنى آخر إنه على الرغم من إحراز تقدم عظيم وإنجازات كبيرة في الماضي إلا أن إضافات أخرى في الاستثمارات في الرعاية الطبية لن تحقق تحسناً ملحوظاً في المستوى الصحي للسكان ، ويؤيد فيوكس وآخرون على نهجه مثل استر بريسو (Berkman & Breslow 1983) وجون ناولز (Knowles 1977) التدخلات غير الطبية لرفع المستوى الصحي للسكان مثل التغييرات في نمط الحياة .

ونهب ميليو (Milio 1983) إلى أبعد من ذلك في تحليلاتها إذ قدمت الدليل على الفعالية المحدودة للرعاية الطبية في معالجة كل من المشكلات الصحية الحادة والمزمنة للسكان وتؤيد التغييرات الاجتماعية الكبيرة على تغيير السلوك الفردي للحد من التأثيرات المدمرة للحياة الحديثة . وأضاف إيفانز وستودارت (Evans and Stoddart 1990) أن صرف مبالغ طائلة على الرعاية الطبية ذات الفعالية الهامشية الضئيلة يخفف المخدرات والاستثمارات الاقتصادية والازدهار ، إضافة إلى أنه قد يؤثر سلبياً على الصحة عامة ، ويشيرون إلى اليابان على أنه المجتمع الذي سجل أعلى مستوى من التحسن في جميع هذه المؤشرات الاقتصادية خلال الأربعين سنة الماضية ، والآن يعرض بوضوح أفضل أداء في معايير صحة السكان ، ويرون من المضامين الأساسية في وضع السياسات الصحية - أن توقف النمو في المصروفات على الرعاية الطبية أو على الأقل الحد الجذري من هذا النمو هو الطريق إلى تحسين المستوى الصحي .

أما المنظور الثالث متمثلاً في أفينيس نونا بيديان وجون ويليامسون وروبرت بروك وجون وينبرج فقد اقتنعوا بالدليل على محدودية الرعاية الطبية الحالية إلا أنه بدلاً من تأييد التغيير الاجتماعي والسلوكي يطرح التساؤل عما إذا كان بالإمكان تحسين منفعة الرعاية الطبية ويحيب على هذا التساؤل بـ «نعم» مدوية ، وكذلك يؤمنون بإمكانية بحوث الخدمات الصحية وخاصة ما يعرف الآن ببحوث (النتائج الصحية) وما يمكنها أن تؤدي إلى هذا التحسين .

عرض لونا بيبديان (Donabedian 1966) إطاراً لهذا التوجه فى البحوث مؤكداً أنه أن الأوان للكف عن القلق عن كيفية قياس جودة الرعاية الطبية والسعى قدماً نحو تجديد الارتباطات بين كل من العناصر الإنشائية والإجراءات والنتائج المتعلقة بالرعاية الطبية .

وليامسون (Williamson) وهو رائد فى مجال تفعيل مفاهيم البحوث المتعلقة بنتائج الرعاية الطبية ساهم مساهمة فعالة فى التأكيد على النتائج ومنهجيات دراستها (Williamson, Alexanders and Miller 1968) . وفى كتابه عن المحاسبة الصحية (Wil- liamson 1978) أيد وليامسون استخدام وسيلة محاسبية لتحسين نوعية الرعاية الصحية وطرح نظاماً لضمان الجودة يناظر عمليات المحاسبة المالية ، وفى عام ١٩٩١م دعا إلى وسيلة جديدة لتحسين جودة الرعاية الطبية وهى إطار يعتمد على النتائج لتحسين إدارة الجودة الطبية سماها «ضمان الجودة الكبير» (Large Q A.) (Williamson, Moore and Sanazaro 1991) .

أما بروك فى كتابه مع لور (Brook & Lohr 1985) فقد دعا إلى تطبيق إبيميولوجية الرعاية الطبية بمعنى التقصى المنهجي للروابط بين مكونات الرعاية الطبية والنتائج الصحية للمرضى ، وقد دعا بروك إلى هذا خلال حياته المهنية المليئة بالدراسات التجريبية البحثية بدءاً برسالة الدكتوراه التى قارن فيها بين خمس منهجيات مستخدمة لمراقبة مستوى الرعاية الطبية (Brook 1974) . وقاد وينبرج مجموعة جديدة من الباحثين معتمداً على توثيق وتقصى الفروقات الجغرافية فى استخدام الرعاية الطبية (Wennberg and Gittelsohn 1973) إلى ماسماه «علم التقويم السريرى» (Wennberg 1990) ، ويضم هذا العلم الجديد التقصى المنهجي للإجراءات الطبية التى تساهم فى رفع مستوى نتائج الرعاية الطبية للمرضى وكيفية تعميم هذه الإجراءات وتشجيع تطبيقها .

من السياسات الناتجة عن جميع هذه المناظرات والآراء تطبيق قوانين من أجل دراسة محدّدات النتائج الطبية الأفضل والسعى إلى تحسينها ، وقد صنف إلوود (Ellwood 1988) هذا الحقل من النشاطات ووصفه وعرفه بثنى : «إدارة النتائج» واستبشر بذلك رلمان (Reiman 1988) على أنه بداية عهد المسئولية عن النتائج الطبية . وكانت بشائر هذا العهد الجديد نشر إدارة تمويل الرعاية الصحية (HCFA) إحصائيات

وفيات المستشفيات لعامى ١٩٨٤ و ١٩٨٦م - Health Care Financing Administration (1986, 1978)، وقد وثق هذان التقريران وعمما الاختلاف الشاسع فى الوفيات للمرضى المعالجين فى المستشفيات المختلفة ، وفى الوقت ذاته أقرت الهيئة الموحدة لإجازة منظمات الرعاية الصحية (JCAHO) جدول أعمالها القاضى بتأسيس مؤشرات سريرية بما فيها النتائج الصحية ومعاينة الرعاية فى المستشفى وإدخال هذه المعلومات إلى قاعدة بيانات وطنية (O'Leary 1987) .

فى عام ١٩٨٩م تم تقديم مشروعى قانون إلى الكونجرس الأمريكى لتطوير معايير الممارسة الطبية وتحسين فعالية الرعاية الطبية نتج عنهما إقرار القانون العام (٢٣٩ - ١٠١) (PL 101 - 239) ، الذى تم بموجبه تأسيس وكالة بحوث وسياسات الخدمات الصحية المعروفة سابقاً بالمركز الوطنى لبحوث الخدمات الصحية ، ويعنى جدول أعمال هذه الوكالة بتقصى الفروقات فى الممارسات الطبية فيما يتعلق بالنتائج الطبية وتطوير ونشر معايير الممارسة لرفع مستوى رعاية المريض .

يناقش هذا الفصل والفصل التالى القضايا المتعلقة بإسهامات الرعاية الطبية فى رفع المستوى الصحى وإمكانية تحسين فعالية هذه الرعاية ، كما يطرح فى هذا الفصل التوصيف الفكرى لبحوث الفعالية ، وتمييز تعريفين متتامين للفعالية وعرض المنهجيات الأساسية فى بحوث الفعالية ، وفى الفصل الثالث تتم معاينة البراهين الواردة من بحوث الفعالية فيما يتعلق بالسؤالين المطروحين فى بداية هذا الفصل ، كما يعرض ويناقش التطبيق الحالى لبحوث الفعالية فى وضع السياسات الصحية وهو نشاطات التقويم للنتائج الطبية التى تمولها حالياً وكالة بحوث وسياسات الخدمات الصحية .

### الإطار الفكرى والتعريفات :

تتبع الأطر الفكرية الرئيسية التى تقود بحوث الفعالية من أعمال كل من دونابيديان ويروك ووينبرج ، فقد اقترح دونا بيديان (١٩٦٦م) تصنيف الرعاية الطبية من منطق البنية والإجراءات المتعلقة بها بهدف تقرير الأوجه التى قد تكون مؤشرات لجودة هذه الرعاية . ومنذ ذلك الحين أصبح هذا التصنيف وماينطوى عليه من علاقات بين عناصره ، أساساً لدراسة فعالية الرعاية الطبية ومحدداتها .

وقد عبر عن هذه العلاقات في الإطار الموجز في الجدول (١ - ٢) ، كما يظهر التأطير الوارد في هذا الجدول أن البنية والإجراءات والنتائج ترتبط ضمن نموذج بحثي يفترض أن عناصر بنية الرعاية الطبية تؤثر على مايجب عمله وما لا يجب عمله في إجراءات الرعاية الطبية ، وكذلك تؤثر على النتائج وهي الصحة التي ينالها الناس من خلال تفاعلهم مع إجراءات الرعاية الطبية .

الجدول (٧/١) : إطار موجز وتعريفات الفعالية .

البنية الكمية الأثر	الإجراءات الاختلافات في الاستعمال - الكمية - النوعية - الملائمة	النتائج الفعالية - الوفيات - النتائج السريرية - وظيفي
الكمية	اختلافات الاستعمال	الفعالية
عدد الأطباء والممرضين ومقسمي الرعاية الآخرين إضافة إلى كمية الموارد المالية	المستويات المختلفة لاستهلاك الخدمات للملاحظ للفرد وخاصة رعاية المستشفى ومراجعة العيادات الخاصة والأدوية وإجراءات محددة (Brook and Lohr 1985)	المنفعة المحققة (williamson 1987) هل هو ناجح ؟ هل تؤدي الإجراءات والأعمال والرعاية نفعاً للناس الذين تمت لهم أكثر من ضررها (Sackett 1980)
الأثر	النوعية	الملائمة
المنفعة القصوى التي يمكن تحقيقها (williamson 1987) هل هو ناجح ؟ هل تؤدي الإجراءات والأعمال والرعاية للناس الذين يتقيدون تماماً بالإرشادات . العلاج أكثر نفعاً من ضرره (Sackett 1980) قدرة إجراء طبي محدد على تغيير المجرى الطبيعى لمرض ما إلى الأفضل تحت الظروف المثالية (from Cochrane 1971)	الحكم على إجراءات الرعاية الصحية المبني على مدى إسهام هذه الإجراءات في الحصول على النتائج الإيجابية المرجوة (Donabedian 1982) عنصر الاختلاف بين أثر الرعاية الطبية وفعاليتها الذي يمكن عزوه إلى مقسمي الرعاية مع الأخذ بالاعتبار البيئة التي يعملون ضمنها .	مدى صحة أو سوء استخدام المعرفة والتقنية في معالجة المرض والصحة . (Donabedian 1973)

**التعريفات :**

هذا الإطار يتطلب تفسيراً للمصطلحات المستخدمة فيه ، ويرد في النصف الأسفل من الجدول (٢/١) أمثلة مفصلة لعدد من التعريفات التوضيحية لكل من هذه المصطلحات المستخدمة ، فيما يلخص النقاش التالي الفكرة الرئيسية الكامنة في كل منها : يعنى «التأثير» بالمنفعة التي يمكن إحرازها من علاج أو تدخل (طبي) تحت ظروف مثالية ، كما يتواجد عند إجراء دراسة سريرية عشوائية (Brook and Lohr 1987) (williamson 1987) (Sackett 80; Cochrane 71; 1985) ، فيما يتعلق «الاختلافات في الاستعمال» بالكمية أو ما يدعى عادة باستخدام خدمات وإجراءات الرعاية الطبية (Brook and Lohr 1985) ويتضمن تكرار وحجم الإجراءات التي تمت .

أما الجودة فهي إحدى صفات الرعاية الطبية وهي تعنى باعتبارين ، **الأول :** إذا ما كان الإجراء الصحيح قد اتخذ . **والثاني :** إذا ما كان هذا الإجراء حسناً (Donabedian 1980; Brook & Lohr 1985) . فقياس الجودة إذاً ينطوي على تقويم هذا الجانب من إجراءات الرعاية الطبية .

أما الملاسة فهي الجانب من الجودة الذي يعنى بتحديد إذا ما كان الإجراء المناسب قد تم للمريض ، أما الفعالية فتهم بالنتائج الفعلية للممارسة الطبية لمقدمي الرعاية النموذجيين على مرضى نموذجيين هذا بالمقارنة مع التأثير الذي يقاس بالمنفعة المجنية تحت ظروف مثالية (Brook & Lohr 1985, Cochrane 71, Sackett 80; Williamson 1987) . إذاً فالجودة هي ذلك الجزء من الفجوة بين التأثير - (وهو ما يمكن نيله) - والفعالية ، (وهي ماتم نيله فعلاً) الذي يمكن أن يعزى إلى الرعاية الطبية نفسها ، أما تقويم النتائج فينكب على مسألة الفعالية من خلال فحص الارتباطات القائمة بين بنية الرعاية الطبية وإجراءاتها من جهة ، والنتائج الإيجابية المرغوب فيها من جهة أخرى (Ellwood 1984; Wennberg 1988) .

**نمو إيديولوجية الرعاية الطبية :**

مقولة أن البنية تؤثر على إجراءات الرعاية الطبية ، وأن الإجراءات تؤثر على النتائج

هى فرضيات قابلة للبحث والاختبار ، ومهمة بحوث الخدمات الصحية وخاصة الجزء من هذه البحوث الذى يركز على الفعالية هى أن نختبر هذه العلاقات وبإمكان هذه البحوث فى المحصلة النهائية أن توفر الأسس لقرارات السياسات الصحية المتعلقة بأى المصادر والخدمات الصحية التى يجب (أن تتلقى التغطية المالية) ، إلا أن بحوث الفعالية تعكس تعريفين للفعالية يبدو أنهما متضاربان إلا أنهما - غالباً - متكاملان .

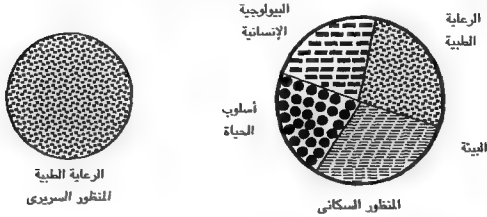
**أحدهما :** هو من المنظور السكانى وهو ما يطلق عليه منظور المستوى العريض لنظام الرعاية الطبية وتفاعلاته مع النظامين الاجتماعى والسياسى بهدف الوصول إلى رفع المستوى الصحى للسكان ، وينعكس فى دراسات ميليو (Milio 1983) المفاهيمية ويمكن وصفه بإيديميولوجية الصحة ، وتضم فى نطاقها كل المرضى الذين توصلوا إلى الرعاية الطبية ، والناس من السكان عامة الذين لا يستخدمون بالضرورة الخدمات الطبية ، فبحوث الفعالية من خلال هذا التركيز موجهة إذاً للإجابة على السؤال الأول الذى طرح فى بداية هذا الفصل ، وبالتحديد ماهى إسهامات الرعاية الطبية نحو صحة السكان ؟ . أما **المنظور الثانى :** فهو المنظور السريرى والذى يمكن اعتباره منظور المستوى الدقيق للرعاية الطبية ، ويركز على التفاعلات بين المرضى ومقدمى الرعاية فى نظام الرعاية الطبية والتحسينات السريرية الناتجة أو الفائدة الصحية التى ينالها المريض . ويكون التركيز هنا على تفاعلات بنية نظام الرعاية الطبية وإجراءاته للوصول إلى رفع مستوى صحة المرضى .

ويمثل هذا المنظور فى أعمال دونايبديان ووينبرج حيث ذهب إلى وصف هذا المجال بعلم التقويم السريرى ، وكذلك فى أعمال الروك ولور (١٩٨٥م) حيث نادا بصياغة إيديميولوجية للرعاية الطبية . وتتصب بحوث الفعالية فى هذا المنظور على إجابة السؤال الثانى المطروح فى بداية هذا الفصل وهو هل بالإمكان رفع مستوى الفعالية السريرية فى النظام الطبى ؟

ويوضح الشكل (١ - ٢) الاختلاف بين هذين المنظورين حيث يعنى المنظور السكانى بصحة جميع السكان عامة وجميع العوامل المؤثرة عليها ، فى حين يرى المنظور السريرى حجم المشكلة على أنه يتعلق فقط بنسبة السكان التى تستخدم الرعاية الطبية وتفتقر أن الرعاية الطبية هى الوسيلة الوحيدة لرفع المستوى الصحى .



### الشكل (١-٢) : العوامل التي تساهم في الصحة العامة .



تعكس البحوث المتعلقة بكل من المنظورين وجهات النظر المختلفة لكل منهما . وتركز إبيديمولوجية الصحة على المنفعة العائدة من الرعاية الطبية والعوامل الأخرى على صحة السكان ، أما إبيديمولوجية الرعاية الطبية أو علم التقييم السريري فيصف المنفعة من الرعاية الطبية للمرضى . وفيما يلي نعرض مثالين كميين لتوضيح هذين المنظورين المختلفين .

### تقدير الفعالية السكانية :

في مناقشة منافع ومحدوديات الرعاية الطبية الأولية طورت ميليو إطاراً لتقدير الفعالية يربط المعلومات عن انتشار المشكلات الصحية في المجموعة السكانية ومعدلات الاستخدام وتأثير الإجراءات العلاجية المقترحة وامتنال المرضى مع الفعالية للمشكلات الحادة المزمنة الواردة إلى الرعاية الأولية (Milio 1983) . ويوضح الجدول (٢/٢) أسلوبها بالنسبة لمرضى ارتفاع ضغط الدم وبناءً على تعريفها يتم تقويم فعالية الرعاية الطبية من حيث نسبة السكان الذين يعانون من مشكلة ما مثل : ارتفاع ضغط الدم والذين أفادتهم الرعاية الطبية . وكما نرى من الإيضاح في الجدول (٢/٢) فهي تعرف الفعالية على أنها حاصل ضرب نسبة المشكلات الواردة إلى الرعاية الأولية (٨١ ٪) ، ونسبة العلاج المحدث المقترح (٢٧ ٪ للعلاج بالعقاقير) ، وتأثير العلاج المقترح (٤٣ ٪) ، وامتنال المرضى لتعليمات العلاج (٢٠ ٪) ، وينتج من هذا الحاصل نسبة انتشار

مرضى ضغط الدم (٨, ٢٪) الذى تم تحسينه بالعقاقير فقط . وحين تضم هذه الأرقام مع التحليلات الماثلة لفعالية معالجة السمعة والتوقف عن التدخين ، تستخرج ميليو رقماً شاملاً للفعالية يقدر (٨, ١١٪) يمثل مساهمة الرعاية الطبية الأولية فى خفض نسبة ارتفاع ضغط الدم فى السكان .

بهذا الأسلوب لاتنخذ ميليو بالحسبان جانب مقدمى الرعاية فقط ، بل تضم أيضاً استخدام الرعاية الطبية وكذلك امتثال المرضى ، وباستخدام نفس الأسلوب لعدد من الحالات الطبية الحادة والمزمنة استطاعت تقدير الفعالية الشاملة للرعاية الطبية الأولية فى مواجهة المشكلات الصحية للسكان بنسبة (٢٥٪) ، وهذا التقدير لفعالية الرعاية الطبية هو الأساس الذى اعتمد لتقدير نسبة فعالية الرعاية الطبية الواردة فى الشكل (١ - ٢) .

### تقدير الفعالية السريية :

يعرض وليامسون (Williamson 1978) نظرة مضادة إذ يعرف الفعالية السريية على أنها نسبة المنفعة المحققة فى الممارسة الفعلية للمنفعة القصوى الممكن تحقيقها غالباً من تجارب سريية انظر الجدول (٢/٢) باستعمال ارتفاع ضغط الدم كمثال مرة أخرى ، وباستعمال معلومات من دراسة لإدارة المحاربين القدامى (V. A. Cooperative Study Group 1970) عن برنامج التأثير واكتشاف ارتفاع ضغط الدم ومتابعة الاتصال بالمرضى - يتم عرضهما فى قسم الدليل من الفصل القادم - (HDFP 1979) .

جدول (٢/٢) : منهج سكانى لتقدير الفعالية باستخدام ضغط الدم المرتفع كمثال .

الاستعمال	الرعاية المحددة	التأثير	الامتثال	الفعالية
٨١٪	٢٧٪	٣٤٪ للعقاقير	٣٠٪	٢, ٨٪
٨١٪	٤٤٪	١٠٠٪ عدم التدخين	٣٢٪	٨, ٨٪
٨١٪	٣٨٪	٥, ١٪ خفض الوزن	٥٢٪	٠, ٢٪
الإجمالى				١١, ٨٪

ينتج أسلوب وإبامسون تقديراً لفعالية الرعاية الطبية الأولية بمقدار (٦٢٪) . وبالتحديد أظهرت دراسة إدارة المحاربين القدامى أن المنفعة القصوى الممكنة من حيث تخفيض مستوى الوفيات قد تصل إلى (٨, ٩٪) ، وتكون المنفعة المحققة عبارة عن (٨, ٩) ناقص (٥, ٧٪) وهو مستوى الوفيات التي حدثت في الممارسة الفعلية أى (٣, ٢٪) ، وتكون تلك المنفعة القصوى الممكنة (٨, ٩٪) ناقص (١, ٦٪) نسبة الوفيات التي تحدثت ظروف مثالية ، أو (٧, ٣٪) وتصبح حصيلة نسبة هاتين النسبتين المؤبتين مؤشر الفعالية السريرية أى (٦٢٪) .

يؤدى الفرق بين هذين الاتجاهين المنظور السريري والمنظور السكانى إلى تقديرات تجريبية لفعالية الرعاية الأولية متفاوتة إلى حد بعيد (٦٢٪) مقابل (٨, ١١٪) . ويتناول الفصل التالى كلا المنظورين متحرراً بالمنهجيات الرئيسية لبحوث الفعالية ، والدلائل المستقاة من هذه البحوث عن الفعالية .

### المنهجيات الرئيسية لتقدير فعالية الرعاية الطبية :

يبدو أن السؤال البديهي لبحوث فعالية الرعاية الطبية رغم بساطته الزائدة هو هل تؤدى الرعاية الطبية أى نفع ؟ إلا أن الأسئلة الصحية الهامة تتضح فى «ماهى إسهامات الرعاية الطبية نحو صحة السكان ، وهل بالإمكان رفع مستوى الفعالية السريرية للرعاية الطبية ؟

هناك مستويان من التحليل وفرعان من الدراسات موجهة للإجابة على هذين السؤالين إذ إن المنظور السكانى المعروف بأبيمولوجية الصحة يرمى إلى الإجابة على السؤال الضمنى الأول ، فيما يرمى المنظور السريري المعروف بأبيمولوجية الرعاية الطبية أو علم التقييم السريري إلى إجابة السؤال الثانى .

جدول (٢/٣) : منهجية سريرية لتقدير الفعالية باستخدام ضغط الدم المرتفع كمثال .  
مؤشر الفعالية

$$\text{الفعالية} = \frac{\text{المنفعة المحققة}}{\text{المنفعة القصوى الممكن تحقيقها}}$$

المنفعة المحققة

$$\text{معدل الوفيات} = \frac{\text{الوفيات}}{\text{الأشخاص}} = \frac{368}{4926} = 7,5\%$$

المنفعة المحققة = أقصى تخفيض ممكن - معدل الوفيات الذي حدث

$$9,8 - 7,5 = 2,3\%$$

المنفعة القصوى الممكن تحقيقها

$$\text{معدل الوفيات} = \frac{\text{الوفيات}}{\text{الأشخاص}} = \frac{301}{4901} = 6,1\%$$

المنفعة القصوى الممكن تحقيقها = أقصى تخفيض ممكن - معدل الوفيات الذي حدث

$$9,8 - 6,1 = 3,7\%$$

مؤشر الفعالية المحسوب لارتفاع ضغط الدم

$$\text{الفعالية} = \frac{\text{المنفعة المحققة}}{\text{المنفعة القصوى الممكن تحقيقها}} = \frac{2,3}{3,7} = 62\%$$

يوجز الجدول (٢/٤) المنهجيات البحثية المستخدمة لتقصي الإجابات لتساؤلات الفعالية : مقياس الحالة الصحية إضافة إلى وسيلة تضبيب مستوى حدة المرض (ما يسمى بتضبيب خطورة المرض) ، وتصميم الدراسات المستخدمة غالباً ومصادر المعلومات ، إضافة إلى أمثلة من هذه العناصر ، ويناقد الجزء التالي منهجيات بحوث الفعالية .

المصدر : 1978 Williamson ; 1970 VA Cooperative Study Group ; 1979 HDPP

جدول (٢/٤) : المنهجيات الأساسية في بحوث الفعالية .

المنهجية	المثال
متغيرات القياس الوضع الصحي	ضغط الدم لحظة عن تأثير المرضى
القياسات الفردية ، سريرية فزيولوجية ، الوفاة والإعاقة ، نوعية الحياة المرتبطة بالصحة عامة	دراسات النتائج ومقياس نوعية الوفاة . مقياس تأثير التهاب المفاصل .
معايير لأمراض محدد على أساس السكان الوفيات والإعاقة ، حدوث وانتشار الأمراض ، النمو والتطور ، الإنتاجية الاجتماعية والاقتصادية ، تضيق الخطورة ، غير موضوعي ، موضوعي .	تصنيف درجة المرض ، إدارة المرضى ، الفئات تقويم الفيزيولوجية الحادة والصحة المزمنة ، مؤشر حدة المرض بالحاسب الآلي . مجموعة مبيدس
تصميم الدراسات ، التجارب السريرية العشوائية والتجارب الاجتماعية ، تحليل (META) وتركيب المعلومات ، الدراسات المقطعية ، تحليل القرار .	المسوحات الوطنية بالمقابلات/مركز إحصاءات الرعاية الطبية/ الإحصاءات الحيوية الأمريكية منظمة الصحة العالمية .
مصادر البيانات	مراقبة مركز السرطان القومي للوبائيات والنتائج النهائية .
مسوحات السكان ومقدم الرعاية سجلات الولادات والوفيات .	تحليل مديكر لمقدمي الرعاية وهيئة المراجعة على نشاطات المستشفيات والنشاطات المهنية (الطبية) الهيئة الموحدة لاعتماد المؤسسات الصحية .
سجلات الأمراض	من الملفات الطبية ، بيانات الدعاوى ، بيانات خروج المرضى من المستشفى .

**متغيرات القياس :**

يتطلب تقدير المستوى الصحي للسكان تحديد القياسات المناسبة للنتائج الصحية ، ويستخدم كلاً من مقاييس النتائج الصحية على المستوى الفردي وعلى المستوى السكاني لتقدير فعالية الرعاية الطبية .

وتعتمد منفعة مقياس ما على الأقل جزئياً على درجة مطابقته لمعايير الاعتمادية والصحة والحساسية والملاءمة ، وتعنى الاعتمادية بإمكانية تكرار نتيجة المقياس تحت ظروف مختلفة من التطبيق فيما ترتبط الصحة بدقة المقياس من حيث قياسه يفترض أن يقيس . أما الملاءمة فتتعلق بسهولة استخدام المعيار في مجموعات سكانية مختلفة وتعنى الحساسية قدرة المقياس على تقصى الفروقات من تحسن أو تدهور في الحالة الصحية للشخص نتيجة للرعاية الطبية والحساسية للاختلافات في الرعاية الطبية لها أهمية خاصة لمقاييس النتائج الصحية المستخدمة في تقدير فعالية الرعاية الطبية .

يعرض الجدول (٢/٥) مقارنة لعدد من مقاييس المستوى الصحي التي تستعمل هذه المعايير مع أن جميع هذه المقاييس تشترك في الاعتمادية والصحة والملاءمة من حيث سهولة الحصول على المعلومات ، إلا أنها تختلف اختلافاً كبيراً في حساسيتها نحو تدخلات محددة للرعاية الطبية إضافة إلى بيان حساسية معدل الوفيات - وهو مقياس للمستوى الصحي السكاني - للاختلافات الاجتماعية والديموجرافية أكثر بكثير من الاختلافات للرعاية الطبية (Martini et al 1977) ، وفيما يلي حوار عن هذه المعايير الفردية والسكانية ، إضافة إلى أمثلة مختارة من الجدول (٢-٥) .

**مقاييس المستوى الصحي الفردية :**

تركز المقاييس الفردية على النتائج السريرية أو الفزيولوجية مثل : ضغط الدم وعلى نتائج المستوى الصحي العام مثل : الوفيات والإعاقة وعلى معايير نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (انظر العمود الأيسر بجدول ٢/٤) .

وقد تكون هذه المعايير (أعلاه) من النوع العام الذي يمكن تطبيقه على جميع الحالات المرضية ، وقد تكون خاصة بمرضى معين . ويفيد كلا النوعين في تقويم نتائج

الرعاية الطبية إذ يحتاج النوع العام من أجل المقارنة على جميع الأمراض أن تتجلى أهمية النوع الخاص لتحديد تأثير المرض على الناس بحساسية أكبر ، وكذلك مدى تأثير العلاج على حالة مرضية معينة . ويجمع كتاب «قياس الصحة دليل معايير القياس والاستبانة» (Mcdowell and Newell 1978) سلسلة من مقاييس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة ، ويعرض هذا الكتاب وصفاً كاملاً لأكثر من مئة معيار بما في ذلك معلومات عن اعتمادية وصحة كل منها ، إضافة إلى استباناتها ومراجعتها .

## الجدول (٢/٥) : مقارنة مقاييس الوضع الصحي -

المقاييس	الاثبات	المصادقية	الملاحظة	الحساسية
صورة تأثير المرض (SIP)	من اختبار إلى آخر ٠,٩ الثبات الداخلي ٠,٩٤	مع : التقدير الذاتي - تقدير الطبيب - المعايير الفزيولوجية المتعددة - معايير أخرى	١٢٦ عنصرًا أو المقابلة (٢٠ - ٢٠) دقيقة	حساس للتدخلات الطبية
دراسة النتائج الطبية (MOS)	الثبات الداخلي ٠,٨١ - ٠,٨٨ من اختبار إلى آخر ٠,٩٣ المختبرين ٠,٩٠	المقارنة مع المعايير ، أطول منه	٢٠ عنصرًا ١٠ دقائق	لا يوجد معلومات
مقياس جودة الرفاهية (QWB)	من اختبار إلى آخر ٠,٩٢ المختبرين ٠,٩٠	درجة المعيار مع : أعراض ٠,٧٥ - ٠,٢٠ مشكلات ٠,٩٦ - ٠,٢٠	١٨ عنصرًا مقابلة مع محترف ١٥ دقيقة	حساس للتغيرات الطفيفة
مقياس تأثير التهاب (AIMS)	التكرار ٠,٨٨ الثبات الداخلي ٠,٦٠	الدرجة مع : تأثير المرض ٠,٦١ تصنيف اتحاد الروماتيزم ٠,٦٦ - ٠,٢٠	٤٥ عنصرًا ذاتي ١٥ دقيقة	يعكس الفروق بعد العلاج
الوفيات	مرتفعة	مرتفعة	سهل المنال	متواضع وأكثر حساسية للبيئة والديموغرافية الاجتماعية

المصدر : Mc Dowell and Newell 1978



من الأمثلة على المعايير العامة لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة ، نورد هنا صورة تأثير المرض (SIP) واستبانة دراسة النتائج الطبية (MOS) ومعيار نوعية الرفاهية (QWB) . وتضم كل من استبانات صور تأثير المرضى (SIP Berger et al 1981) ، ودراسة النتائج الطبية (Mos Stewart, Hays and warc 1988) مجموعة من الأسئلة تتعلق بتأثير المرض على الصحة الجسدية والصحة النفسية والصحة الاجتماعية إضافة إلى المفهوم الصحي لدى المريض ، وتفصل هاتان الاستبانتان نقاط كل بعد (الجسماني والنفسى والاجتماعى إلخ) وتعرض تصوراً له ، وقد تبين أن هذه كتصورات على درجة عالية من الاعتمادية والصحة إلا أن هذه المعايير تختلف من جهة الملاءمة ، إذ يضم الـ (SIP) (١٣٦) عنصراً ، فيما يضم الـ (MOS) (٢٠) عنصراً فقط ، وقد اتضحت حساسية (SIP) للتدخلات الطبية القياسية ، فى حين لم يتم اختبار الـ (MOS) بعد باستخدام هذا الميزان انظر الجدول (٥ - ٢) تحت ضغوط احتياجات السياسة الصحية الحالية لمقياس واحد يعكس كلاً من البعد الصحى وبعد المنفعة لنتائج مختلفة للمريض تم تطوير مقياس (QWB Kaplan and Baselli 1982) ، حيث يطرح شخص يدير المقابلة الشخصية على المريض عدداً من الأسئلة عن مستواه العملى فى قدرته على التنقل والنشاط الجسماني والنشاط الاجتماعى ، وتستخدم الإجابات لتصنيف الشخص فى واحدة من خمسين وضعاً صحياً عملياً ، ولكل وضع من هذه الأوضاع التقدير المعيارى للرفاهية يمتد من (٠) للوفاة إلى (١) لتمام العافية .

وبهذا يمكن تحديد تقدير مستوى الرفاهية لكل وضع صحى مهما كانت الحالة المرضية وأياً كان الشخص ، ويتم تحويل هذا التقدير إلى سنوات الحياة المضبطة للجودة (QALYs) لاستخدامه للمقارنة لأهداف السياسة الصحية بالنسبة للأمراض والأشخاص والعلاج ، والأهم من ذلك أن مثل هذا المعيار يذهب إلى أبعد من تقدير نتائج الرعاية الطبية من حيث النجاة فقط ، بل أنه يدخل نوعية الحياة كعنصر فى اتخاذ القرار الاقتصادى من جهة أى أنواع الرعاية يقدم أكبر قدر من المنفعة للمستهلكين .

إضافة إلى المعايير العامة هناك أيضاً مقاييس جودة الحياة المتعلقة بالصحة المحددة بمرض معين مثل : استبانة قياس تأثير التهاب المفاصل (Meenan, Gert- (AIMS) (1980) man, and Mason ، وتركز مثل هذه الاستبانة على الجانب المحدد من

المرض الذي صممت لاختباره وهي كما يتضح من (AIMS) ذات اعتمادية وثقة وملاءمة عالية ، إضافة إلى الحساسية المرتفعة للاختلافات بعد العلاج الطبي انظر الجدول (٢-٥) .

بسبب الاختلافات في حساسية قياسات نوعية الحياة المتطقة بالصحة ، فإن أفضل إستراتيجية في استخدامها تكون باستخدام مقياس عام مثل : (SIP) ودعمه بمعيار محدد بالمرض (Patrick and Deyo 1989) ، إذ يسمح المعيار العام بعمل مقارنة من أجل اتخاذ القرار الاقتصادي بين الأمراض ، في حين أن المعيار المحدد بالمرض يكون أكثر حساسية في تقصى الفروقات الطفيفة في حالة المريض .

### مؤشرات الوضع الصحي المرتبطة بالسكان :

تضم المؤشرات المرتبطة بالسكان معدلات الوفيات ، ومعدلات المرضية ، ومعدلات حدوث وانتشار المرض وبيانات النمو والتطور ، ومقاييس الإنتاجية الاقتصادية والاجتماعية (Hansluwaka 1985) . ويمكن الحصول على معدلات الوفيات من بيانات الإحصاءات الحيوية الأمريكية ، وكذلك من بيانات منظمة الصحة العالمية لغرض المقارنه الدولية .

كما يمكن الحصول على معدلات المرضية من المسوحات الصحية بالمقابلة الخاصة بالمركز القومي للإحصاءات الصحية ، حيث تجرى هذه المسوحات سنوياً على عينة من المجموعة السكانية الأمريكية ، وتنتج من ضمن بيانات مختلفة معلومات عن أيام النشاط المحدود وأيام النشاط المقيد ، كما يتم الحصول من ذات المصدر على بيانات حدوث وانتشار المرض إضافة إلى مصادر أخرى مثل : تقرير الوفيات والمراضية الأسبوعي الصادرة من مراكز التحكم في الأمراض . أما معايير النمو والغذاء مثل : الوضع الغذائي والوزن للفئات العمرية في هذا البلد فيمكن الحصول عليها من مسوحات الصحة والتغذية التي يجريها المركز القومي للإحصاءات أيضاً .

ويمكن الحصول على معلومات دولية من هذا النوع من عدد من منشورات منظمة الصحة العالمية مثل : التقرير السنوي للإحصاءات الصحية ، فيما ترتفع اعتمادية وثقة وملاءمة البيانات المرتبطة بالسكان متمثلة في الوفيات انظر جدول (٢-٥) . إلا أنه تبين

مراراً عدم حساسيتها للاختلافات فى الرعاية الطبية ، ويوحى هذا بفائدتها فى مجابهة التساؤل فى إسهامات الرعاية الطبية نحو صحة السكان ، إلا أن تطبيقها فى تقدير فعالية الرعاية الطبية محدود .

### ضبط الخطورة :

يتم ضبط خطورة نتائج المرضى - أى ضبطها لخطورة مرض المرضى - وهو ضرورى لبحوث الفعالية ، وذلك لتعليل الفروقات فى خطورة المرض عند بداية شكاوى المرضى ، ومن البديهي أن المرضى الذين يختلفون فى درجة خطورة حالاتهم السريرية عند دخولهم المستشفى ويتلقون علاجاً ذا فعالية مماثلة سينالون نتائج مختلفة .

وبالإمكان الحد من هذه الفروقات عند إمكانية إجراء تجارب سريرية عشوائية ، وذلك بتعيين المرضى عشوائياً إلى المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة ، إلا أنه فى الظروف غير التجريبية كما هو الحال فى معظم بحوث الفعالية يجب الضبط لهذه الفروق والإرباك الممكن فيها فى التحليل ، وبالإمكان اتخاذ أسلوبين عامين من أجل هذا الضبط ، الأول : وهو الأسلوب غير الموضوعى الذى يرتكز على آراء أطباء خبراء فى تقدير خطورة مرض المريض عند دخوله المستشفى ، هذا الأسلوب قد يعطى تقديراً صحيحاً لحالة المريض إلا أن مثل هذا الإجراء يعتبر مكلفاً جداً خاصة من ناحية وقت الطبيب ، ونادراً ما يحدث . لذا يستعمل عوضاً عنه الأسلوب الموضوعى وذلك باستخدام بيانات محددة بوضوح ، مرتبطة بحالة المريض السريرية والنتيجة المحتملة له ضمن معادلات حسابية لينتج درجة لتصنيف خطورة مرض المريض .

تتهج طرق ضبط الخطورة شائعة الاستخدام ، والتي نورد هنا فيما يلى الأسلوب الموضوعى ، إلا أنها تختلف فى مستوى البيانات المطلوبة لتحديد خطورة مرض المريض .

استخدم لفت وينكر وانتوف (١٩٧٩م) فى دراستهم عن النتائج الجراحية بيانات ديموجرافية أساسية مثل : عمر وجنس المريض ، إضافة إلى الحالات المرضية المصاحبة ، وكذلك استخدمها بوب وآخرون (١٩٨٧م) فى دراستهم لوفيات المستشفى وجودة الرعاية ، إلا أنه يسلم ببساطة المعايير رغم سهولة الحصول على البيانات

تتحقق دقة أكبر باستخدام نظم مثل النسخة المرمزة لتحديد المرض (DS) وفئات إدارة المرضى (PMCs) التي يمكن إنشاؤها بمعلومات من قواعد بيانات خروج المرضى فقط ، وبالتحديد ، فهذه النظم تستخدم معلومات مرمزة وفق تصنيف الأمراض الدولي الإصدار التاسع التعديل السريري (ICD-9 - CM) من ملخص الخروج من المستشفى لتحديد مستوى لخطورة المرض ، ومن المحتمل أن أفضل المعايير - تلك التي تحوي أدق التفاصيل السريرية - هي التي تتطلب بيانات فعلية من الملفات الطبية لإنشائها ، وتضم «تقويم الفزيولوجية الحادة والصحة المزمنة» (APACHE) و«مؤشر الخطورة باستخدام الحاسوب» (CSI) والمجموعة الطبية (Medis Group) .

وقد تم تطوير (APACHE) لتقويم المرضى في وحدات الرعاية الحرجة بالمستشفيات ، ويُستخدم عدد من القيم الفزيولوجية للمريض المستخرجة من معلومات مخبرية (Knaus, Draper and Wagner 1985) ، وهو عيار عام من حيث إمكانية استعماله للمقارنة بين خطورة الأمراض - كما طور (CSI) هورن وعدد من الباحثين في جامعة جونز هوبكنز بهدف تقدير خطورة مرض المرضى المتوفين في المستشفى باستخدام معلومات من الملف الطبي الشامل (Horn & Horn 1986) ، ويعتمد على معلومات مرتبطة بفئات المرض والمضاعفات والحالات المرضية الملزمة ، ودرجة الاتكال على موظفي المستشفى ، وينظم دعم الحياة ومعدل الاستجابة للعلاج والضعف المتبقى بعد العلاج . هذا الذي الواسع من المعلومات المستمد من جميع النشاطات أثناء الإقامة في المستشفى يؤكد أن تطوير هذا المعيار يعكس استعمال الموارد وليس فقط خطورة مرض المريض عند دخوله المستشفى .

لقد اتخذ مقياس «المجموعة الطبية» (Mdis Group) أهمية قصوى ؛ لأن عدة ولايات قد شرعته كعيار ضبط الخطورة ، وهذا النظام ينتج عدداً من الفئات العامة (خطورة المرضى باستخدام بيانات الملفات الطبية في برنامج حاسب آلي تجاري (Brewster et al 1985) ، ويستعمل مايسمى بالنتائج السريرية الأساسية بما فيها معلومات من المختبر ، وقسم الأشعة ، وقسم علم الأمراض ، والفحص الطبي ، حيث تسمح هذه المعلومات للنظام بتصنيف المرضى حسب خطورة المرض عند دخول المستشفى ، وتراقب تطورهم خلال فترة إقامتهم في المستشفى .

بالإمكان بل يجب تقويم وسائل ضبط الخطورة ومقاييس خطورة المرض بنفس المعايير التي تقوّم بها مقاييس الحالة الصحية ، أى باستخدام معايير الثقة والصحة والملاءمة والحساسية . لقد لخص عدد من المراجعات المعلومات من عدد من الدراسات التي قارنت هذه المقاييس فى هذه الصفات (Geehr 1989; Hornbrook 1982; Lezzoni 1990; Thomas and Ashcraft 1991) ، لأن الأساليب الموضوعية تستعمل بيانات واقعية ، ولأنها تعتمد على الحاسوب فإنها مرتفعة الاعتمادية والملاءمة إلا أن صحتها لازالت مشبوهة وتختلف فى الحساسية ، حيث تبلغ الحساسية أنها لدى النظم التي تعتمد فقط على بيانات من (ICD - 9 - CM) ، وكما تبين هذه المراجعات فإن أكبر مشكلة تعاني منها هذه المقاييس هو استعمالها لغير الهدف الذى صممت من أجله أساساً ، فقد طور العديد منها لتصنيف تنوع الحالات فى المستشفى بهدف تحديد الاستهلاك المناسب للموارد ، ولهذا فهي تستخدم بيانات من جميع أنحاء المستشفى إضافة إلى معلومات عن الإجراءات الطبية التي تمت ، وهذا أمر مقبول لتحديد تنوع الحالات ، وعندما تدعو الحاجة إلى تصنيف المرضى عند دخولهم المستشفى فإن المعلومات الواردة لاحقاً أثناء فترة الإقامة قد يفقد استخدام هذا المقياس ، علاوة على ذلك فإن استخدام معلومات غير معلومات الدخول إلى المستشفى يخلط خطورة المرض مع جودة الرعاية الطبية ، إذ إن المعلومات المستخلصة لاحقاً قد تعكس رعاية طبية أفضل ، وأن الافتقار إلى مثل هذه المعلومات قد يكون مؤشراً إلى رداءة الرعاية الطبية ، وقد وجدت دراسة لهذه القضية للمجموعة الطبية (Medis Group) على سبيل المثال أن البيانات المأخوذة فى منتصف المدة من الدخول إلى المستشفى كانت مؤشراً أفضل من معلومات الدخول للوفيات بعد (٢٠) يوماً (Lezzoni, Ash, Coffman and Moskowitz 1991) .

### تصايم الدراسة :

#### التجارب السريرية العشوائية :

إن تغير التأثير ، وهو تحديد المنفعة من علاج طبي معين تحت ظروف مثالية ، يتطلب التجربة السريرية العشوائية كمنهجية أساسية فى التحليل الأساسى ، وسمّة هذا الأسلوب هى التخصيص العشوائى للمرضى إلى مجموعات تجريبية وضابطة ، وهكذا يتم ضبط الكثير من الاختلافات ومصادر الخطأ العرضية مع أنها أسلوب قوى

إلا أنها ليست ملائمة دائماً بسبب التكلفة التي يتطلبها حجم العينات الكبير وطول المدة المطلوبة . وعلاوة على ذلك فإن قضايا أخلاق المهنة المرتبطة بصرمان المرضى من العلاج قد تحول دون استعماله . إلا أنه يوجد عدد من الأمثلة الجيدة من التجارب السريرية العشوائية المتعلقة بالتدخل الطبي مثل : استخدام عقار (بروبرانولول) (Propranolol) في علاج المرضى الذين يعانون من النوبة القلبية الحادة (Beta- Blocker) (Heart Attack Study Group 1982) ، واستخدام عقار نياسين كوقاية من السكتة القلبية (Canner et al, 1986) ، كما استخدمت تصاميم التجربة السريرية العشوائية لتقدير منفعة أسلوب تقديم الرعاية الطبية ، مثل : تقويم إجراء قصطرة القلب في العيادة مقابل الإجراء في المستشفى (Block et al 1988) ، وكذلك مقارنة رعاية مرضى السرطان من خلال زيارات يومية للمستشفى مقابل إقامتهم في المستشفى (More et al 1988) ، كما استخدم هذا الأسلوب لتقدير تأثير خطط دفع تكاليف الرعاية الطبية المختلفة على استخدام الرعاية الطبية ونتائجها (Brook et al 1983) .

### تحليل - Meta

يجب استخدام الدراسات السريرية العشوائية بعناية فائقة بسبب الصعوبة والتكلفة المترتبة بطبيعتها ، ولا يمكن الإجابة على تساؤلات كثيرة تتعلق بالعلاج . فتستخدم عوضاً منها أساليب مصنعة مثل تحليل Meta لتحديد التأثير ، ويتعلق هذا الأسلوب بجمع نتائج عدد من التجارب السريرية العشوائية حسابياً وإحصائياً لتقدير نتائج العلاج عندما لا تكون أية واحدة من التجارب تحوى عدداً كافياً من المرضى لتعطي نتيجة ذات معنوية إحصائية (Goldschmidt 1986; Mullen and Ramirez 1986) ، وقد استخدمت وسيلة تحليل (Meta) على سبيل المثال لتقدير فعالية عمليات المجرى الجانبي للشرايين القلبية (Wortman and Yeaton 1983) ، وللحفاظ ضد عدم انتظام القلب طويل المدى بعد النوبات الصدرية (Hinc et al 1989) .

### الدراسات المقطعية العرضية :

يميز جل أبحاث البحوث على فعالية الرعاية الطبية اللاتجريبية وخاصة الدراسات المقطعية العرضية على السكان ، وهي دراسات تتصف بالمراقبة والملاحظة باستخدام

قواعد البيانات والسجلات القائمة مثل : قاعدة معلومات مديكير وتطبق عليها الضبط الإحصائي للفروقات في اختلاف الحالات ، وغالباً ما تنقصر إلى مجموعات المقارنة إلا أنها أكثر ملاءمة (أسهل تطبيقاً) وتعتمد على أعداد كبيرة من البيانات التي تعكس الواقع العملي ، إلا أن المشكلة الأساسية هنا هي أن قواعد البيانات هذه قد تكون منحازة بشكل كبير مما يحد من إمكانية تعميم نتائج الدراسة على عموم السكان ، مع أن أغلب الدراسات عن فعالية الرعاية الطبية ، وبالتالي أغلب الدلائل على الفعالية التي ستعرض وتراجع في القسم التالي من هذا الفصل تعتمد على التصميمات المقطعية العرضية .

### تحليل القرار :

يصنع أسلوب تحليل القرار المعلومات عن الفعالية لتحديد قيمة أسلوب مقابل أسلوب آخر لتحليل السياسة ، وفي النهاية لاتخاذ القرارات السريرية ، ويتطلب أسلوب تحليل القرار معلومات عن العلاج الفعلي للمرضى الذين يعانون من مرض ما ، ونتائج هذا العلاج ومدى تقدير المرضى لهذه النتائج ، وذلك باستخدام المعلومات من قواعد بيانات كبيرة لتقدير احتمالات حدوث نتائج مختلفة من العلاج للمرضى ، وتوفير مسوحات المرضى المعلومات عن أعراض المرض إضافة إلى تفضيلاتهم للنتائج المختلفة ، ويمتاز أسلوب تحليل القرار بأنه يصنع كمية كبيرة من المعلومات المناسبة وثيقة الصلة بالفعالية ، ومن سلبياتها أن البيانات الضرورية عن قيم المرضى أو تفضيلاتهم غالباً لا تتوفر . ونعرض مثلاً على تحليل القرار باستخدام بيانات مديكير على المستوى الوطني المتطعة بأكثر العلاجات فعالية لأورام البروستاتا الحميدة في القسم التالي ( Wennberg et al 1988 ) .

### مصادر البيانات :

عند عدم إمكانية إجراء التجارب السريرية والتجارب الحقيقية ، تعتمد بحوث الفعالية على عدد من مصادر البيانات لإجراء الدراسات من النوع المقطعي العرضي المذكور سابقاً ، وتضم هذه المصادر مسوحات السكان ومسوحات مقدمي الخدمة ،

إضافة إلى سجلات الوفيات والولادات والأمراض التي تدعمها الحكومة ، وأيضاً بيانات الملفات الطبية التي يمكن الوصول إليها من خلال مصادر بيانات كل من الدعاوى القضائية والخروج من المستشفى التي يستخدم العديد منها في إجراءات ضمان الجودة (انظر العمود الأيسر من جدول ٤-٢) ، كما تم مناقشة العديد من هذه المصادر في سياق نقاش مقاييس الحالة الصحية على الأساس السكاني ، كما يجمع مسح المقابلات الصحي الوطني المعلومات عن استخدام المقيمين للرعاية الطبية ، كما تقدم مسوحات بعض مقدمي الرعاية مثل : مسح الرعاية الطبية الخارجية الوطني ، ومسح رعاية المدى الطويل الوطني ، معلومات إجمالية عن المرضى واستخداماتهم للمؤسسات الطبية . كما تدون الأمراض في سجلات وطنية يصون بعضها الحكومة ، والبعض الآخر من خلال مصادر خاصة ، وسنغطي مثلاً للأول نورد فيه نظام أبديمولوجية المراقبة والنتائج النهائية التابع لجمعية السرطان الوطنية (SEER) ، إلا أن غالبية دراسات بحوث الفعالية تعتمد على الملفات الطبية والمصادر المتعلقة بها مثل : بيانات الاستحقاقات المجمعة لأهداف تقديم الفواتير ، وبيانات ملخصات الخروج المجمعة أساساً لأهداف تأكيد النوعية ، وأكبر مصدر لبيانات الاستحقاقات هو قاعدة بيانات مديكير التابعة لإدارة تمويل الرعاية الطبية ، وأكثر ملفاتها استخداماً هو ملف تحليل ومراجعة مقدمي الخدمة لمديكير (MEDPAR) ، إضافة إلى ذلك فإن (HCFA) تجمع معلومات عن جودة الرعاية الطبية على مستوى الملفات الطبية من خلال منظمات مراجعة النظير ، وتسعى الآن إلى جمع هذه المعلومات بطريقة أكثر تصنيفاً من خلال مجموعة البيانات السريرية الموحد (Krakauer and Bailey 1991) ، كما تحفظ مؤسسات التأمين الصحي الخاصة مثل : الصليب الأزرق والدرع الأزرق قواعد بيانات للاستحقاقات ، إلا أنها محدودة الفائدة بسبب وجود أكثر (١٥٠٠) مؤسسة تأمين في البلاد ، إضافة إلى أن المعلومات لا تجمع إلا عن المرضى الذين لديهم تأمين صحي . كما توفر بيانات الخروج من المستشفى التي تجمع طوعياً لأهداف تأكيد الجودة مصدراً ثرياً للبيانات لبحوث الفعالية . وقد شاركت المستشفيات طوعياً منذ أوائل الخمسينيات في دراسة النشاطات المهنية (PAS) التابع لهيئة نشاطات المستشفيات والنشاطات المهنية (CPHA) ، وفي هذه الدراسة توفر المستشفيات المشتركة في هذه



الخدمة مقابل رسوم محددة معلومات ملخصات الخروج لمنظمة (CPHA) التي تتركب هذه المعلومات وتلخصها وتقدم تقارير شاملة للمستشفيات المشاركة . كما تجمع البيانات المعيارية للمستشفيات الأعضاء لتمكنهم من تقويم أدائها بالمقارنة مع المستشفيات المثالية . وقد سنت كل من ولاية بنسلفانيا وكولورادو وآيوا تشريعاً يلزم جميع المستشفيات ومؤسسات التأمين الصحي بالمساهمة في قواعد بيانات على مستوى الولاية بمعلومات عن جميع نشاطات المستشفى (Lezzoni, Schwartz and Restuccia 1991) , كما تلزم هذه الولايات المستشفيات بتبني نظاماً موحداً لتضيق الخطورة وهو نظام (Medis Group) يرفق بمعلوماتها . الأمر الذي يوفر مصدراً محتملاً لبحوث الفعالية .

وأخيراً فإن (JCAHO) أيضاً بصدد تأسيس قاعدة وطنية لبيانات المستشفيات مستمدة من مؤشرات السريية الجديدة من أجل مجموعة موحدة من المؤشرات السريية سوف تزود جميع المستشفيات (JCAHO) بمعلومات عن ممارساتها , وتستخدم هذه البيانات لقرارات الاعتماد , وسيزود جميع المستشفيات بهذه البيانات المجمعلة لتمكينه من مقارنة إدارة المستشفيات الأخرى وتحسين مايمكن في نواحي الجودة (O,leary 1987) .

مع أنه يبدو لأول وهلة وجود إمكانية هائلة هنا , إلا أنه بعد مراجعة بيانات الاستحقاقات والخروج من المستشفى يتضح وجود كل من القوة والضعف فيها , وتشمل نقاط القوة إمكانية ربط قواعد بيانات كبيرة بما في ذلك أعداد كبيرة من المرضى , إضافة إلى اعتمادية المعلومات الواقعية والفائدة لاختلاف التوثيق في العيادات , إضافة إلى حقل واسع من النتائج المختلفة . أما نقاط الضعف فتشمل احتمال عدم وجود بعض مؤشرات البحوث الهامة , وعدم وجود المعلومات عن تضيق الخطورة , وعامة تكون بيانات ما بعد الخروج غير موجودة , إضافة إلى محدودية إمكانية الوصول إلى قواعد البيانات (Blumbrg 1991; Jencks 1990) .

لقد تم في هذا الفصل تحديد الفعالية من منظورين متممين لبعضهما البعض وهما: المنظور السكاني , والمنظور السريي , أما المنظور السكاني فيسأل عن الإسهامات

التي تقدمها الرعاية الطبية نحو صحة السكان ، وأما المنظور السريري بالمغاير فيسأل كيف تحسن الرعاية الطبية صحة المرضى الذين يدخلون النظام طلباً للرعاية . وقد تم وصف المنهجيات الأساسية لبحوث الفعالية التي تساعد على إجابة هذين السؤالين ، إضافة إلى مناقشة نقاط الضعف والقوة فيها ، ويوضح الفصل التالي كيفية تطبيق هذه المنهجيات منها مقياس الحالة الصحية ، وخطورة المرض ، وتحليل بيتا ، وتحليل القرار للإجابة على أسئلة الفعالية الأساسية .

## المراجع :

- Bergner, M., R. Bobbitt, W. Carter, and B. Gilson. 1981. "The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of A Health Status Measure" *Medical Care* 19: 787 - 805.
- Berkman, L., and L. Breslow. 1983. *Health and Ways of Living: The Alameda County Study*. New York: Oxford University Press.
- Beta-Blocker Heart Attack Study Group. 1982. "A Randomized Trial of Propranolol in Patients with Acute Myocardial Infarction. I. Mortality Results." *Journal of the American Medical Association* 247: 1707 - 14.
- Block, P., J. Ockene, R. Goldberg, J. Butterly, E. Block, C. Degon, A. Beiser, and T. Colton. 1988. "A Prospective Randomized Trial of Outpatient versus Inpatient Cardiac Catheterization." *New England Journal of Medicine* 319: 1251 - 55.
- Blumberg, M. 1991. "Potentials and Limitations of Database Research Illustrated by the QMMP AMI Medicare Mortality Study." *Statistics in Medicine* 10: 637 - 46.
- Brewster, A., B. Karlin, L. Hyde, C. Jacobs, R. Bradbury, and Y. Chae. 1985. "MEDISGRPS: A Clinically Based Approach to Classifying Hospital Patients at Admission" *Inquiry* 22: 377 - 87.
- Brook, R. 1974. *Quality of Care Assessment: A Comparison of Five Methods of Peer Review* DHEW-HRA-74-3100. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Brook, R., and K. Lohr. 1985. "Efficacy, Effectiveness, Variations, and Quality: Boundary-Crossing Research." *Medical Care* 23 (supp): 710 - 22 .
- Brook, R., J. Ware, W. Rogers, E. Keeler, A. Davies, C. Donald, G. Goldberg, K. Lohr, P. Masthay, and J. Newhouse. 1983. "Dose Free Care Improve Adults' Health? Results from a Randomized Controlled Trial." *New England Journal of Medicine* 309: 1462 - 34, 1453.
- Canner, P., K. Berge, N. Wenger, J. Stamler, L. Friedman, R. Prineas, and W. Friedewald. 1986. "Fifteen Year Mortality in Coronary Drug Project Patients: Long-term Benefit with Niacin." *Journal of the American College of Cardiology* 8: 1245 - 55.
- Carlson, R. 1975. *The End of Medicine*. New York: John Wiley & Sons.
- Cochrane, A. 1971. *Effectiveness and Efficiency*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Donabedian, A. 1966. "Evaluating the Quality of Medical Care." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (Part 2): 166 - 206.
- \_\_\_\_\_. 1973. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- \_\_\_\_\_. 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring Volume I, The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor. Health Administration Press.

- \_\_\_\_ 1982. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Volume II, The Criteria and Standards of Quality. Ann Arbor. Health Administration Press.
- \_\_\_\_ 1988. "Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means." *Inquiry* 25: 173 - 92.
- Dubois, R., W. Rogers, J. Moxley, D. Draper, and R. Brook. 1987. "Hospital Inpatient Mortality: Is It a Predictor of Quality?" *New England Journal of Medicine* 317: 167 - 80.
- Dubos, R. 1959 *Mirage of Health*. New York: Harper & Row.
- Ellwood, P. 1988. "Shattuck Lecture - Outcomes Management: A Technology of Patient Experience." *New England Journal of Medicine* 318: 1549 - 56.
- Evans, R., and G. Stoddart. 1990. "Producing Health, Consuming Health Care." *Social Science and Medicine* 31: 1347 - 63.
- Fuchs, V. 1974. *Who Shall Live?* New York: Basic Books.
- Geehr, E. 1989. *Selecting a Proprietary Severity- of Illness System*. Tampa, FL: American College of Physician Executives.
- Goldschmidt, P. 1986. "Information Synthesis: A Practical Guide." *Health Services Research* 21: 215 - 37.
- Hansluwka, H. 1985. "Measuring the Health of Populations: Indicators and Interpretations." *Social Science and Medicine* 20: 1207 - 24.
- HDFP. 1979. "Five-year Findings of the Hypertension Detection and Follow-up Program. I. Reduction in Mortality of Persons with High Blood Pressure, Including Mild Hypertension." *Journal of the American Medical Association* 242: 2562 - 71.
- Health Care Financing Administration. 1986. *Medicare Hospital Mortality Information 1948*. Washington, DD: U. S. Government Printing Office.
- \_\_\_\_ 1987. *Medicare Hospital Mortality Information 1986*. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Hine, L., N. Laird, P. Hewitt, and T. C. Chalmers. 1989. "Meta-analysis of Empirical Long-term Antiarrhythmic Therapy after Myocardial Infarction." *Journal of the American Medical Association* 262: 3037 - 40.
- Horn, S., and R. Horn. 1986. "The Computerized Severity Index: A New Tool For Case-Mix Management." *Journal of Medical Systems* 10: 37 - 87.
- Hornbrook, M. 1982. "Hospital Case Mix: Its Definition, Measurement, and Use. Part I. The Conceptual Framework. Part II. Review of Alternative Measures." *Medical Care Review* 39: 1-43,73 - 123.
- Lezzoni, L., 1990. "Severity of Illness Measures- Comments and Caveats." *Medical Care* 28: 757 - 61.
- Lezzoni, L., A. Ash, G. Coffman, and M. Moskowitz. 1991. "Admission and Mid stay MedisGroups Scores as Predictors of Death Within 30 days of Hospital Admission." *American Journal of Public Health* 81: 74 - 78.

- Lezzoni, L., M. Schwartz, and J. Restuccia. 1991. "The Role of Severity Information in Health Policy Debates: A Survey of State and Regional Concerns." *Inquiry* 28: 117 - 28.
- Illich, I. 1975. *Medical Nemesis*. London: M Boyars.
- Jencks, S. 1990. "Issues in the Use of Large Databases for Effectiveness Research". In *Effectiveness and Outcomes in Health Care*, edited by K. A. Heithoff and K. Lohr, 94 - 104. Washington, DC: National Academy Press.
- Kaplan, R., and J. Bush. 1982. "Health-Related Quality of Life Measurement for Evaluation Research and Policy Analysis." *Health Psychology* 1: 61 - 80.
- Knaus, W., E. Draper, and D. Wagner. 1985. "APACHE II: A Severity of Disease Classification System." *Critical Care Medicine* 13: 818 - 29.
- Knowles, J. 1977. "Doing Better and feeling Worse: Health in the United States." *Dacalus* 106 (1): 1 - 278.
- Krakauer, H., and C. Bailey. 1991. "Epidemiologic Oversight of the Medical Care Provided to Medicare Beneficiaries." *Statistics in Medicine* 10: 521 - 40.
- Luft, H., J. Bunker, and A. Enthoven. 1979. "Should Operations be Regionalized?" *The Empirical Relation Between Surgical Volume and Mortality.* *New England Journal of Medicine* 301: 1364 - 69.
- Martini, C., J. B. Allan, J. Davison, and E. M. Beckett. 1977. "Health Indexes Sensitive to Medical Care Variation." *International Journal of Health Services* 7: 293 - 309.
- McDowell, I., and C. Newell. 1987. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- McKeown, T. 1976. *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?* London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- McKinlay, J., and S. McKinlay. 1977. "The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 55: 405 - 28.
- Meenan, R., P. Gertman, and J. Mason. 1980. "Measuring Health Status in Arthritis: The Arthritis Impact Measurement Scales." *Arthritis and Rheumatism* 23: 146 - 52.
- Milio, N. 1983. *Primary Care and the Public's Health*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Mor, V., M. Stalker, R. Gralla, et al. 1988. "Day Hospital as an Alternative to Inpatient Care for Cancer Patients: A Random Assignment Trial." *Journal of Clinical Epidemiology* 41: 771 - 85.
- Moriyama, I., and M. Gover. 1984. "Statistical Studies of Heart Diseases. I. Heart Diseases and Allied Causes of Death in Relation to Age Changes in the Population." *Public Health Reports* 63: 537 - 45.
- Mullen, P., and G. Ramirez. 1987. "Information Synthesis and Meta-analysis." In *Advances in Health Education and Promotion*, edited by W. Ward, M. Becker, P. Mullen, and S. Simonds, 201 - 39. Greenwich, CN: JAI Press.

- National Center for Health Statistics, 1992. Health, United States, 1991. DHHS Pub. No. PHS 92 - 1232. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- O'Leary, D. 1987. "The Joint Commission Looks to the Future." *Journal of the American Medical Association* 258: 951 - 52.
- Patrick, D. L., and R. A. Deyo. 1989. "Generic and Disease-Specific Measures in Assessing Health Status and Quality of Life." *Medical Care* 27 (supp): S 217 - 23 .
- Relman, A. 1988. "Assessment and Accountability: The Third Revolution in Medical Care." *New England Journal of Medicine* 319: 1220 - 22.
- Sackett, D. L. 1980. "Evaluation of Health Services." In *Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine*, edited by J. Last. Norwalk, CN: Appleton Century- Crofts.
- Stewart, A., R., Hays, and J. Ware. 1988. "The MOS Short- Form General Health Survey: Reliability and Validity in a Patient Population." *Medical Care* 26: 724 - 35.
- Thomas, J., and M. Ashcraft. 1991. "Measuring Severity of Illness: Six Severity Systems and Their Ability to Explain Cost Variations." *Inquiry* 28 (1): 39 - 55.
- VA Cooperative Study Group. 1970. "Effects of Treatment on Morbidity in Hypertension. II. Results in Patients With Diastolic Blood Pressure Averaging 90 through 114 MM Hg." *Journal of the American Medical Association* 213: 1143 - 52.
- Wennberg, J. 1984. "Dealing With Medical Practice Variations: A Proposal for Action." *Health Affairs* 3 (2): 6 - 42.
- \_\_\_\_ 1990. "Small Area Analysis and the Medical Care Outcome Problem." In *Research Methodology: Strengthening Causal Interpretations of Nonexperimental Data*, edited by L. Sechrest, B. Starfield, and Bunker. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
- Wennberg, J., and A. Gittelsohn. 1973. "Small area Variations in Health Care Delivery." *Science* 182: 1102 - 8.
- Wennberg, J., A. Mulley, D. Hanley, R. Timothy, F. Fowler, N. Roos, M. Barry, K. Mcpherson, E. R. Greenber, D. Soule, T. Buboltz, E. Fisher, and D. Malenka. 1998. "An Assessment of Prostatectomy for Benign Urinary Tract Obstruction: Geographic Variations and the Evaluation of Medical Care Outcomes." *Journal of the American Medical Association* 259: 3027 - 30.
- Williamson, J. 1978. *Assessing and Improving Health Care Outcomes: The Health Accounting Approach to Quality Assurance*. Cambridge, MA: Ballinger Publishing Company.
- Williamson, J., M. Alexander, and G. Miller. 1968. "Priorities in Patient Care Research and Continuing Medical Education." *Journal of the American Medical Association* 294: 93 - 98.
- Williamson, J., D. Moore, and P. Sanazaro. 1991. "Moving from Small qa to "LARGE QA": An Outcomes Framework for Improving Quality Management." *Evaluation and the Health Professions* 14 (2): 138 - 60.

- Woolsey, T., and I. Moriyama. 1948. "Statistical Studies of Heart Diseases II. Important Factors in Heart Disease Mortality Trends." Public Health Reports 63: 1247 - 73.
- Wortman, P., and W. Yeaton. 1983. "Synthesis of Results in Controlled Trials of Coronary Artery Bypass Graft Surgery." Evaluation Studies, Review Annual 8: 536 - 51.





## الفصل الثالث

### الفعالية : دليل وتطبيق

يستعرض هذا الفصل الدليل الذى يجيب على السؤالين الرئيسيين المتعلقين بالفعالية وبالتحديد : ماهى إسهامات الرعاية الطبية نحو صحة السكان ؟ وهل بالإمكان تحسين الفعالية السريرية للرعاية الطبية ؟ بعد هذه المراجعة يتم وصف وتحري تطبيقاً لبحوث الفعالية يتعلق بالسياسة الصحية أى تقدير النتائج .

#### دليل متعلق بفعالية الرعاية الطبية :

تعنى أسئلة الفعالية بإسهامات الرعاية الطبية نحو الصحة ، وعلى ضوء الأفكار المثلة فى جدول (٢/١) بالإمكان تحليل هذا السؤال العام إلى عدد من الأسئلة المحددة المتصلة بالعلاقات بين بنية الرعاية الطبية وإجراءاتها ونتائجها ، أما الأسئلة المتصلة بالعلاقة بين البنية والنتائج فهى التالية :

- هل هناك دليل على علاقة تأثير تدخلات الرعاية الطبية والنتائج ؟
- هل هناك دليل على أن كمية موارد الرعاية الطبية تفسر الاختلافات فى النتائج ؟
- هل هناك دليل على أن تحسين توزيع الرعاية الطبية وإمكانية الوصول إلى خدماتها يحسن نتائج الوضع الصحى للسكان ؟
- أما الأسئلة المتصلة بالعلاقة بين الإجراءات والنتائج فهى التالية :
- هل هناك دليل على أن زيادة استعمال الرعاية الطبية تساهم فى النتائج المحسنة ؟
- هل هناك دليل على ارتباط عدد الإجراءات الطبية المنفذة بالاختلافات فى النتائج ؟
- هل هناك دليل على تأثير نوعية الرعاية الطبية على نتائج تلك الرعاية ؟

تقدم أدلة مختارة متعلقة لكل من هذه الأسئلة على حدة لكل من المنظور السكانى والمنظور السريرى ، علماً بأنه لا يهدف هذا الفصل إلى استعراض شامل لجميع الأدلة المتصلة بهذه الأسئلة ، بل سوف توضح أمثلة مختارة أنواع الأدلة والأهمية العامة للدليل .

**تأمين صحة السكان :****التأثير ونطاق السكان :**

مع أن التجارب السريرية العشوائية هي المنهجية الأساسية لتحديد تأثير تدخلات الرعاية الطبية ، إلا أن المثال التالي يوضح الاستخدام المبدع لتصميم الدراسة المقطعية العرضية ، وفي هذه الحالة تصميم «الملاحظة عبر الوقت» لتقدير فعالية الرعاية الطبية بتقديم علاجات مؤثرة لحالات البحث كما ذكر سابقاً حدثت نقلة جذرية في الوفيات بين بداية وأواخر (١٩٠٠م) في الولايات المتحدة من الوفاة الناتجة عن الأمراض المعدية الحادة إلى الوفاة الناتجة عن الأمراض المزمنة مثل : أمراض القلب ، والأورام ، والسكتة الدماغية ، وقد افترض أن هذه النقلة الجذرية نتجت عن وضع المضادات الحيوية موضع الاستخدام لعلاج الأمراض المعدية وكذلك اللقاحات لمنع حدوثها . وقد شرع ماكينلي وماكينلي (Makinlay and Maknlay 1977) بفحص هذه الفرضية مستخدمين بيانات الوفيات خلال هذه الفترة المتوفرة من مصادر الإحصاءات الحيوية الأمريكية ، وقد فحصا بيانات عشرة من الأمراض المعدية الشائعة وهي السل والحمى القرمزية والإنفلونزا وذات الرئة والدفتيريا والسعال الديكي والحصبة والجذري والتيفوئيد وشلل الأطفال ، وبالرغم أن معظم الانخفاض في الوفيات الناتج عن جميع هذه الأمراض - باستثناء وفيات الحصبة - قد حدث قبل البدء باستخدام المضادات الحيوية أو اللقاح الخاص بهذه الأمراض ، فقد وجد أن متوسط صافي الانخفاض للوفيات الناتجة عن الأمراض العشرة بعد البدء باستخدام العلاجات الخاصة بكل مرض كان (٢٥٪) ، علماً بأن حقل الانخفاض كان من (٢٩٪) (٠٪) للتيفوئيد إلى (١٠٠٪) للجذري ، حتى انخفاض الوفيات لشلل الأطفال بعد تطوير لقاح - Salk and Sabin - في عام ١٩٥٥ كان فقط (٢٥٪) أي أنه يبدو أن التدخلات الطبية المحددة لكل مرض لم تساهم إلا مساهمة طفيفة في خفض الوفيات من الأمراض المعدية الحادة في هذا البلد . وتكشف هذه الدراسة ودراسات أخرى مشابهة لها مثل دراسة شارلوتون وفيليز (Charlton and Velez 1986) عن منفعة هامشية من الرعاية الطبية المؤثرة .

## الكمية ونتائج السكان :

إضافة إلى دراسة التأثير ، تم تقصى العلاقة بين كمية الموارد الطبية المستخدمة والنتائج فى دراسات ذات تصميم غير تجريبى باستخدام بيانات الملاحظة المقطعية العرضية . لم يجد كوكرين وسانت ليجير ومور (Cochrane, St. Leger, and Moore 1987) علاقة ثابتة بين الوفيات ومستوى موارد الرعاية الطبية ، حيث استخدموا معدلات وفيات مختلفة من (١٨) بلداً متطوراً بمثابة النتائج الطبية ، واستخدموا نسب الموارد للسكان كمتغيرات البنية ، وفى الواقع وجدوا أن معدلات الوفيات كانت أكثر حساسية لنسبة النتائج القومى للفرد ونسبة الأطباء للسكان ، ولكن باتجاه معاكس أى يرتبط الناتج القومى المرتفع بمعدلات وفيات منخفضة ، ولكن كلما ارتفع عدد الأطباء للسكان ارتفع معدل الوفيات ، منذ ذلك الحين تم تقصى ظاهرة التناقض هذه ، ارتباط ارتفاع عدد الأطباء يتبعه ارتفاع معدلات الوفيات ولكن لم يتم تفسيرها ، إلا أن النتيجة المتوقعة لنسبة الأمراض اتضحت فعلاً أى ارتباط ارتفاع نسبة الأمراض للسكان مع معدلات أقل للوفيات .

ووجد نيوهاوس وفريد لاند (Newhouse and Friedlander, 1979) أن معدلات انتشار المرض من مسوحات فحص الصحة والغذاء فى الولايات المتحدة لم تكن مرتبطة بمستوى موارد الرعاية الطبية عبر مناطق الإحصاء ، وقد فحصوا انتشار كل من ضغط الدم المرتفع والوالى (توسع أوردة الساق) وارتفاع مستويات الكوليسترول وتخطيط القلب غير الطبيعى والصور الإشعاعية غير الطبيعية فيما يتعلق بتوزيع كل من أطباء الرعاية الأولية وجميع الأطباء ، وأطباء الأسنان ، وأسرة المستشفيات للسكان الارتباط الوحيد الذى له معنوية إحصائية وهو الارتباط بين عدد جميع الأطباء وارتفاع ضغط الدم ، إلا أنه أيضاً كان فى اتجاه معاكس للمنتوق ، أى يرتبط ارتفاع عدد الأطباء مع ارتفاع انتشار ضغط الدم المرتفع . كل هذه الدراسات السابقة تؤكد فكرة أن الرعاية الطبية تسهم إسهاماً متواضعاً نحو صحة السكان سواء كان معيار النتائج الوفيات أم انتشار المرض ، وكذلك سواء كانت المقارنة بين البلدان أم داخل بلد واحد .

### التوزيع وخدمات السكان :

لقد سبق اقتراح فكرة أن العامل المهم في صحة السكان ليس مجرد كمية موارد الرعاية الطبية بل هو توزيعها . فقد وجد جورديس (Gordis 1973) تأثير وجود مراكز صحة المجتمع الشامل على حدوث مرض حمى الروماتيزم ، فقد وجد باستخدام بيانات دائرة صحة المدن في دراسة تحليلية ، معدلات حدوث حمى الروماتيزم أقل في مناطق المدينة التي لديها مراكز صحة المجتمع الشاملة . والفرضية هنا هي أن الأطفال في هذه المناطق لديهم إمكانية وقدرة أفضل في الحصول على علاج نهائي بالبنسلين . وفي دراسة مراقبة باستخدام بيانات طويلة من إنجلترا لتقصي أثر تحسين توزيع موارد الرعاية الصحية على معدلات وفيات السكان (Hollingsworth 1981) استخدم الباحث بيانات من قبل ومن بعد تطبيق نظام (الخدمة الصحية الوطنية) لتحديد أثر تغيير توزيع موارد الرعاية الطبية على معدلات وفيات السكان وفق الطبقات الاجتماعية ، ووجد أنه على الرغم من إحرار الإنصاف في توزيع موارد الرعاية الصحية حسب المناطق الصحية الجغرافية وزيادة استخدام المرضى من الطبقات الاجتماعية الدنيا والتحسين في معدلات الوفيات ، إلا أن الفروقات في مستوى الحالة الصحية بين الناس في قطبي المستوى الاجتماعي والاقتصادي لا زالت مستمرة بعد (٤٠) سنة من تطبيق نظام الخدمة الصحية الوطنية البريطاني . وعلى سبيل المثال تشير البيانات إلى أن وفيات حديثي الولادة الكلي قد انخفضت أكثر من (٥٠٪) خلال هذه الفترة ، إلا أن الفرق في هذه الوفيات قد ارتفع بين الطبقات الاجتماعية حيث تزيد وفيات حديثي الولادة لأدنى الطبقات الاجتماعية (٢٥٪) عن وفيات أعلى الطبقات .

### الإجراءات ونتائج السكان :

تضم الأدلة المتعلقة بالإجراءات والنتائج الدراسات التي تفحص العلاقة بين متغيرات الإجراءات مثل : الاستخدام وعدد المجرىات الطبية المتخذة ونوعية الرعاية ومتغيرات النتائج المتعددة .

تقدم تجربة التأمين الصحي لمنظمة RAND (Brook et al 1983) أفضل مثال على تقصي آثار معدلات استخدام مختلفة على النتائج الصحية . وقد تم تصميم هذه

الدراسة كجربة مستقبلية تضم عائلات من ستة مجتمعات مختلفة عبر الولايات المتحدة الأمريكية تم توزيعها عشوائياً على نظم تأمين مختلفة . وقد تم إجراء الدراسة لتحديد تأثير مستويات مختلفة من المدفوعات الإضافية في نظام تأمين صحي وطني على الاستخدام أولاً ثم على مستوى الحالة الصحية ، أما الاستخدام الذي تم فحصه في هذه الدراسة فيضم الرعاية في العيادات الخارجية والرعاية داخل المستشفى للراشدين والأطفال . أما النتائج السريرية التي تم تقديرها للراشدين فهي ضغط الدم والبصر وكان استخدام الخدمات الصحية أكثر من (٢٢٪) ، واستخدام الأطفال أكثر من (٢٢٪) في الرعاية المجانية منه في أسلوب التأمين الذي يتطلب مدفوعات إضافية بمقدار (٩٥٪) من التكلفة (Valez et al 1985) ، وقد صاحب هذا الاختلاف في الاستخدام اختلافاً طفيفاً في ضغط الدم وتصحيح البصر للراشدين ، ولم يوجد أي اختلاف في النتائج السريرية للأطفال . فتُعد الاستنتاجات إذاً أن الرعاية الطبية تساهم مساهمة متواضعة نحو صحة السكان حسب مقاييس سريرية مختارة ، أما بالنسبة للأسر نوى الدخل المنخفض في هذه الدراسة فقد كانت النتائج أكثر وضوحاً إذ تبين أن إضافة مدفوعات متواضعة إلى التأمين الصحي يؤثر سلبياً على صحتهم (Brook 1991) ، وقد توصلت دراسة مقطعية عرضية أجريت في بوسطن ونيوهافن إلى استنتاجات مماثلة بوجود منفعة هامشية لاستثمار أكبر للموارد الصحية (Wennberg et al. 1989) ، فقد برهن وينبرج وزملاؤه باستخدام بيانات مديكير ، وعند ضعف الاستخدام والتكلفة لمستشفيات بوسطن فإن النتائج من بحث معدلات وفيات مستفيدي خدمات مديكير لم تكن مختلفة كما لم يمكن تحليل هذه الفروقات في استخدام الرعاية الصحية بحدّة المرض أو أسباب ديموغرافية أخرى .

### ملخص :

يوجد بصفة عامة دليل على أن الرعاية الطبية سواء قيس من نواحي بنيتها أو إجراءاتها وإذا قيس على المستوى الفردي ، أو على مستوى المؤسسة الصحية ، أو على مستوى النظام الصحي ، أو على المستوى الوطني لاتساهم إلا مساهمة متواضعة نحو صحة السكان . إحدى المشكلات في هذا الاستنتاج هي أن غالبية الدليل عليه

مبنى على بيانات الملاحظة وتصاميم البحث المقطعية العرضية ، وهى تصاميم دراسية ضعيفة من حيث إنها لا تستطيع بيان اتجاه التأثير ولا مسبباته المحتملة ، والاستثناء الوحيد فى ذلك هو دراسة منظمة RAND الذى استخدم تصميم بحث تجريبى لتدخل طبي ، يليه تقدير التأثير ، والتوزيع العشوائى لعينة البحث ، حيث توضح صفة هذا التصميم الأولى اتجاه التأثير ، فى حين تحد الصفة الثانية من المسببات الأخرى الممكنة . علاوة على ذلك فإن أغلب هذه الدراسات استخدمت الوفيات كنتيجة الرعاية الطبية ، وقد تم مراراً بيان ارتباط معدل الوفيات بالمتغيرات البيئية والاجتماعية والديموغرافية أكثر من الرعاية الطبية (Martini et al, 1977) ، وبهذا لا يكون معدل الوفيات أقل حساسية لاختلافات الرعاية الطبية فقط ، بل هو أيضاً عرضة للبس بعناصر أخرى إضافة إلى أن ضبط الخطورة المناسب غير ممكن (البيانات الضرورية لذلك غير متوفرة فى قواعد بيانات الوفيات) لإجراء المقارنة فى الوفيات بين المجموعات المختلفة ، وهذا القصور يجعل التمييز بين نتائج الرعاية الطبية والحالات الأصلية فى غاية الصعوبة . وقد أجريت دراسة النتائج الطبية لتقصى هذه النقاط ولتحديد أدق لمساهمة الرعاية الطبية لنتائج المرضى (Tirov et al 1989) ، وتستخدم هذه الدراسة إطار (البنية - الإجراءات - النتائج) الفكرى ، وتجمع كلاً من التصميم المقطعى العرضى والتصميم الطولى فى دراسة واحدة ، وتفحص الدراسة نظم الرعاية ، وأساليب الممارسة الطبية ، وقضايا التخصصات ، والنتائج الخاصة بالمسنين والفقراء ضمن هذا الإطار . وتحدد هذه الدراسة خصائص النظام ومقدم الرعاية والمريض كمتغيرات البنية ، وأسلوب العلاقات بين الأشخاص والأسلوب التقنى كمتغيرات الإجراءات ، وأخيراً تحدد النهايات السريرية والحالة العملية والرفاهية العامة ، والرضا من الرعاية كالنتائج . ويتابع الجزء الطولى من الدراسة مرضى السكر وضغط الدم المرتفع وأمراض القلب التاجية والاكتهاب فى كل من بوسطن وشيكاغو ولوس أنجليوس وذلك لربط متغيرات البنية والإجراءات مع حقل النتائج المحدد أعلاه ، وتظهر النتائج المنشورة فروقات فى مقاييس حالة الصحة العملية بين المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة مختلفة (Stewart et al 1989) . وتدعم هذه النتائج صحة مقاييس الحالة الصحية المستخدمة وتؤكد الحاجة لاستخدام مؤشرات عدا النتائج السريرية فقط لتقدير فعالية الرعاية

الطبية ، وتعرض احتمال تقديم أدلة حاسمة تتعلق بتأثير خصائص مقدمي الرعاية ونظام الرعاية على نتائج هذه الرعاية .

### تحسين فعالية الرعاية الطبية :

سؤال السياسة الصحية وبحوث الخدمات الصحية الهامة فيما يتعلق بالفعالية فى الوقت الحاضر هو «هل بالإمكان تحسين فعالية الرعاية الطبية؟» ويبدأ تقصى هذا السؤال بالتجارب السريرية العشوائية لتحديد أثر النهج الطبي ، وبالتالي القياس الذى تقارن به الممارسة الطبية الفعلية . وحيث يوجد قصور فى الممارسة الطبية الفعلية (أى قصور فى الفعالية) عن المستوى المحدد من خلال دراسات الأثر إذاً يفترض وجود مجال للتحسين . ويزوبنا مرض ضغط الدم المرتفع بمثال جيد لاستخدام مثل هذا الأسلوب .

### الأثر والنتائج السريرية :

فى عام ١٩٦٠م تم إجراء تجربة سريرية عشوائية على نكور من المحاربين القدامى يعانون من ارتفاع ضغط الدم ، حيث قورن العلاج بعقار محدد مع فعالية العلاج بعقار كاذب لعلاج ضغط الدم المرتفع عند النكور ، وفى نهاية التجربة كانت النتائج للمجموعة التى تعانى من ارتفاع ضغط الدم المتوسط المستوى حاسمة وذلك عند استخدام الوفيات والمرضية كمقياس للنتائج إذ كان العلاج المنتظم بالعقاقير فعالاً فى خفض الوفيات والمرضية بسبب هذا المرض (VA Cooperative Study Group) . تعتبر هذه الدراسة ونتائجها الإيجابية مثلاً على دراسة نموذجية للتدخل الطبى سواءً بالعلاج أو بالإجراء ، وتحديد أثر هذا التدخل ، وقد شرع بالعمل فى برنامج تقصى ومتابعة مرضى ضغط الدم المرتفع (HDFP) لتحديد إذا ما كانت نتائج الدراسة السابقة (VA) تنطبق على السكان عامة وعلى المرضى الذين يعانون من مرض ضغط الدم المرتفع خفيف المستوى (HDFP 1979) . كما يمكن أيضاً اعتباره دراسة صممت لتحديد مدى الفجوة بين «الأثر» والفعالية . وفى هذه الدراسة تم مقارنة معدلات وفيات خمس سنوات من العينة المخصصة لاستخدام النظام العلاجى المثالى المستوى من الدراسات السابقة

والعينة المخصصة لتلقى العلاج المتبع عادة ، وبينت الدراسة تخفيض هام فى مجموع وفيات الخمس سنوات للمجموعة التى اتبعت النظام المثالى مما يبين بوضوح أن الرعاية الطبية ذات النوعية الأفضل تنتج نتائج أفضل ، إضافة إلى أنه بالإمكان تحسين فعالية الرعاية الطبية فى علاج ضغط الدم المرتفع .

إلا أن الدراسات الحديثة على ضغط الدم المرتفع أكدت محدودية التحسين المتوقع فى فعالية علاج هذا المرض (Bonita and Beglehole 1989) . فقد بينت الدراسات الإيديمولوجية أن التجارب السريرية على الفعالية تبخس تقدير منفعة علاج ضغط الدم بمقدار (١٠٪) ، ولكنها بينت أيضاً أن ما يصل إلى (٧٥٪) من التخفيض من نتائج ضغط الدم السيئة لا يرتبط بأى علاج محدد .

### الكمية والنتائج السريرية :

بعد تثبيت أثر الإجراءات الطبية بصير بالإمكان أيضاً تقصى تأثير زيادة عدد الإجراءات على النتائج ، ومن الأمثلة على مثل هذه البحوث الدراسة التى تفحص العلاقة بين عدد العمليات الجراحية المجراة فى المستشفيات وعدد الوفيات من هذه العمليات فى كل من المستشفيات ، وباستخدام معدل وفيات الحالات المضط كالنتيجة ، وكثرة تكرار العملية الجراحية كمتغير الإجراءات ، بين الباحثون (Luft, Bunker and Enrthoven 1979) ارتباط كثرة العمليات الجراحية مع نتائج أفضل ، أى معدل وفيات أقل . فعلى سبيل المثال فى عمليات تجنب انسداد الشرايين التاجية (Coronary By-pass) بين الباحثون أن معدلات وفيات المستشفيات التى تجرى أكثر من (٢٠٠) عملية فى السنة كانت أقل ، كما ثبت حد أدنى (٢٠٠) عملية لعمليات الأوعية الدموية والبروستاتا . أما بالنسبة للعمليات الأخرى فقد كان الحد أقل بكثير ، حيث كان المستوى لعمليات الأمعاء وتبديل الحوض الكامل (٥٠) عملية و (١٠) عمليات فقط لعمليات المرارة ، وفى مراجعة لاحقة للدراسات العديدة المأثلة لهذه تم تأكيد هذه النتائج الأساسية (Office of Technology Assessment 1988) . إذاً فالعنى المتضمن فى مثل هذه الدراسات أنه بالإمكان تحسين فعالية الرعاية الطبية للعمليات الجراحية . ويقترح هؤلاء الباحثون وآخرون أقلمة جراحة العمليات التى تحتاج إلى عدد كبير



لزيادة الفعالية إلى الحد الأقصى ، إلا أن الجدل لازال قائماً حول ما إذا كانت هذه الفروقات كانت نتيجة لاختلافات في جودة الرعاية الطبية أم أنها نتجت عن اختلافات في أنماط الإحالة ، إذ إنه من الممكن أن المستشفيات التي كانت معدلات الوفيات فيها أقل بدأت بمرضى بحالات أقل خطورة من المستشفيات الأخرى .

### النوعية والنتائج السريرية :

تم تقصى سؤال فيما يتعلق بالفروقات في معدلات وفيات المستشفيات للحالات المختلفة ، فقد استخدم دويو وآخرون تصميم بحث مقطعي عرضي وقاعدة بيانات المستشفيات لفحص العلاقات بين معدلات وفيات المستشفى لثلاث حالات محددة وهي : الذبحة الصدرية وذات الرئة والذبحة الدماغية ، ومقياسان مختلفان لجودة الرعاية (Dubois et al 1987) ووجدوا أن (٦٤٪) من الاختلافات في النتائج يعل بخطورة المرض عند دخول المرضى إلى المستشفى ، إلا أنه كان هناك ارتباط بين سوء نوعية الرعاية والوفيات وفق واحدة من منهجيات التقدير (المبنى على حكم غير موضوعي على إمكانية تقاضى الوفاة) وقد أكدت دراسات لاحقة (Park et al 1990) وجود علاقة عكسية متواضعة بين جودة الرعاية الطبية المقدمة والوفاة الناتجة بعد هذه الرعاية لأفراد من المرضى .

### دليل الاختلافات :

قدم وينبرج وجيتلسون (Wennberg and Gittelsohn 1986) أول الدلائل المتعلقة بتقويم فعالية الرعاية الطبية السريرية . وأكدت مراراً في أماكن مختلفة وباستخدام أساليب ومنهجيات مختلفة . وتشير هذه الدلائل إلى اختلاف جنىرى فى أنماط الممارسة السريرية ، إذ تختلف المعدلات السكانية للعمليات الجراحية مثل : عملية استئصال اللوزتين واستئصال الحمية واستئصال الزائدة الدودية واستئصال الرحم وتصحيح الفتق بنحو خمسة أو ستة أضعاف من منطقة جغرافية إلى أخرى (Wennberg 1984) . وتختلف معدلات الإجراءات التشخيصية بين المرضى من مستقيدى مديكر عبر البلاد من (١٠) إلى (٣٠) ضعفاً (Chassin, Brook and Park 1986) . فيما تبين اختلاف

ضعفين في معدلات استخدام المستشفى والتكلفة لمرضى مبيكر في منطقتين متشابهتين هما بوسطن ونيوهايفن (Wennberg et al 1989) . فيما تتوفر لدلائل الاختلافات ، يصعب تفسيرها . إذ تمت مجادلة إمكانية كون هذه الفروقات نتائج إحصائية مصطنعة لتحليل المناطق الصغيرة حيث تكون التقديرات غير ثابتة وغير قابلة للمقارنة بسبب اختلافات السكان (Wennberg 1990 b) . في حين استخدام تضبيب بيانات الاختلافات للعمر للتحكم في اختلافات السكان المحتملة في الحالة الصحية ، إلا أن بلمبرج يصير على أن العمر ليس ممثلاً جيداً للحالة الصحية (Blumberg 1987) . وقد رد وينبرج وزملاؤه على هذه التحديات وغيرها لدلائل الاختلافات بتحسين تحليلاتهم وتضبيطات إحصائية مناسبة (Wennberg 1987, Wennberg 1990 b) ، والنتيجة هي أنه فيما انخفض مقدار الاختلافات إلا أن الفروقات لا يمكن تحليلها وهناك اختلافات حقيقية وتشير إلى إمكانية تحسين فعالية الرعاية الطبية .

### الخلاصة :

تقترح دراسات نوعية الرعاية الطبية والوفيات ، وكذلك دراسة (HDFP) ، ودراسات حجم العمليات الجراحية ، إمكانية تحسين فعالية الرعاية الطبية . وأكدت دراسات (HDFP) أن الثغرة الموجودة بين الأثر والفعالية قد يكون لها أكبر الأثر في وفيات المرضى ، كما تدعم دراسات حجم العمليات الجراحية ، منفعة الرعاية الطبية الأفضل . كما تؤكد عدة دراسات أهمية نوعية الرعاية الأفضل في تعزيز التحسينات - على تواضعها - في النتائج . كما تؤكد دراسات ارتفاع ضغط الدم الأبديمولوجية ودراسات وفيات المستشفيات والتنوعية ، التحسينات المتواضعة الناتجة مباشرة من رعاية طبية أفضل . في الواقع إذا لدينا كم ضخم من الأدلة يشير إلى أن الرعاية الطبية فعلاً تساهم مساهمة متواضعة نحو صحة السكان ، كما لدينا بعض الأدلة على إمكانية تحسين فعالية الرعاية الطبية ، ولدينا أيضاً الدليل على تفاوت كبير في الممارسة الطبية الذي لا يمكن تعليله . والسؤال المهم هنا هو إذا ما كانت هذه الاختلافات ترتبط بفروقات في النتائج . فإذا كانت هناك تدخلات أو إجراءات طبية محددة لها منفعة واضحة فيجب إقرارها وإلغاء تلك الإجراءات غير الفعالة . وبما أن

أغلب التدخلات الطبية على جانب من الخطورة ، وإذا كانت الخطورة المرتبطة بإجراء ما لاتبرر المنفعة يجب تركه .

### تطبيق - تحرير النتائج :

تطرح معطيات هذه الدراسات المزيد من الأسئلة حول مايمكن عمله لتحسين الفعالية ، إلا أن الإجابة المقترحة تعتمد على مستوى التركيز . فعلى المستوى السكاني حيث تعتبر الرعاية الطبية كواحدة من مدخلات صحة السكان بإمكاننا أن نتساءل عما إذا كان المزيد من الاستثمارات في الرعاية الطبية هو أفضل السبل لتحسين صحة السكان ، وعلى النقيض إذا اعتبرنا أن البنية وإجراءات الرعاية الطبية هي نقاط التركيز المهمة في تحسين صحة السكان ، وبالتالي نركز على مستوى النظام من الرعاية الطبية ، فقد نتساءل عما إذا كان بالإمكان تحسين فعالية الرعاية الطبية من خلال معالجة المتغيرات على مستوى النظام . وأخيراً إذا وجهنا الانتباه إلى المستوى السريري فقد نتساءل عما يمكن عمله للتأثير على سلوك أفراد من مقدمي الخدمة ومن المرضى .

تؤدي هذه المستويات من التركيز ومضامينها إلى مقترحات مختلفة تماماً من حيث تحديد المشكلة التي يجب مواجهتها وتحديد الحلول المناسبة لها . فعلى سبيل المثال إذا كان التركيز هو على مستوى السكان ، فإن المقترحات تتجه نحو تخفيض الاستثمارات في الرعاية الطبية والتركيز على تغيير أنماط الحياة الضارة من خلال السياسة العامة ( Breslow 1972; Evans and Stoddart 1990; Fuchs 1974; Milio 1983) .

فجدال ميليو المؤيد لاستعمال وسائل السياسة العامة لتعزيز الصحة كما يتمثل بسياسات المزارع - الغذاء - السجائر (Milis 1983, 111) يعكس هذا الأسلوب وبالتحديد ، فالباحثة تقترح استعمال إعانات المزارع لتغيير الأغذية المنتجة - مثلاً - إنتاج أغذية صحية واستبدال زراعة التبغ بمحاصيل أخرى ، وبالإمكان اعتبار مثل هذا الأسلوب كمبادرة لتعزيز الصحة والوقاية من المرض التي حاولت الظهور إلى الأضواء خلال عقدين من الزمان ابتداءً من الستينيات وذلك مع ارتفاع معدلات الوفيات

من الأمراض المزمنة ومقاومة هذه المعدلات للانخفاض . وكان الرأي العام تجاه هذه المشكلات أن الاستثمارات في الرعاية الطبية لم تؤد إلى رفع المستوى الصحي ، لذا يجب توجيه الجهود نحو تعزيز أنماط الحياة الصحية . لقد رأى مؤيدو تعزيز الصحة الأوائل (Browslow 1972; Fuchs 1974; Knowles 1977; Lalonde 1975 ; Surgeon Gen-eral 1971) تطبيق بعض أفكارهم وتغيير بعض السياسات ، إلا أنه بصفة عامة فإن الطب ماكان ليستبدل كالأسلوب الوحيد لحل مشكلات هذا المجتمع الصحية ، وعلاوة على ذلك فإن الانخفاض السريع والهام في معدلات الوفيات الذي بدأ في أواخر الستينيات قد فسر في أنحاء عديدة على أنه نجاح للرعاية الطبية . كما يشير ايفانز وستودارت (Evans and Stoddart 1990) إلى أن الطب اختار الكثير من هذا النشاط من خلال إدارة الخطوة الفردية ، ولهذا لم تكن الرعاية الطبية فعالة . كما يؤكد علاوة على ذلك أن المشكلات الاجتماعية تسبب الصحة الرديئة ، وأنه لايمكن معالجة المشكلات الاجتماعية من خلال الرعاية الطبية ، وأن صانعي السياسات يقاومون اتخاذ أسلوب آخر عدا الرعاية الطبية .

أما إذا كان يفترض أن الرعاية الطبية هي الوسيلة لتحسين صحة السكان ، أي أنه لاشك في فعاليتها لهذا الهدف ، وإذا كان التركيز هو على مستوى النظام فإن المقترحات لتحسين الرعاية الطبية يجب أن تستهدف المتغيرات على مستوى النظام . فعلى سبيل المثال فإن وينبرج (Wennberg) يجادل ، عاكساً بذلك فكرة كان لها مولد سابق في شكل التخطيط الصحي الشامل ، بأنه لايجب علينا أن نحاول إدارة الممارسة الطبية إدارة مصغرة من خلال الأطباء ، وذلك بتحديد أدلة الممارسة الطبية ، بل عوضاً عن ذلك يجب أن نحد من الموارد المستثمرة في الرعاية الطبية وخاصة في عدد أسرة المستشفيات وفي التقنية المكلفة (Wennberg 1990 b) ، إذ يزعم أنه بالحد من طاقة النظام الطبي بإمكاننا معالجة كل من ميل الطلب على الرعاية في التوسع لمواجهة العرض ، وكذلك معالجة توجه الأطباء إلى تجريب أي شيء لمساعدة مرضاهم حتى لو لم يطلبوه منهم .

إلا أنه عندما يفشل كل من التركيز السكاني ، وتركيز النظام ، في جذب انتباه صانعي السياسات ، رغم اهتمامهم بكل من فعالية الرعاية الطبية وتكلفتها ، يبرز الحل

الذى يركز على الممارسات السريرية للأطباء أنفسهم . وتتراوح المقترحات المطروحة من مقترحات متواضعة مثل : مبادرات تحسين نوعية الرعاية الطبية الوطنية الممولة بجزء من التأمين الطبى إلى تلك المتضمنة فى القانون الذى مول وكالة سياسات الرعاية الصحية وبحوثها ، أى أدلة الممارسة السريرية .

الأسلوب المتخذ لتحسين النوعية من خلال منظمات مراجعة المعايير المهنية التى نشأت فى السبعينيات هو الآن فى غمرة تصحيحه . فعلى سبيل المثال فإن طروحات هيئة القيادة الوطنية للرعاية الصحية (National Leadership Commission on Health Care 1989) تجسد جهداً مركزاً على النوعية ، إذ إن بادرة الهيئة المقترحة لتوسيع قاعدة المعلومات الوطنية للنوعية ، يشجع تطوير أدلة الممارسة الطبية ونشرها من خلال المعلومات والحوافز ، حيث يتم تمويل هذا جميعاً بضرورية على رسوم التأمين الصحى يدفعها كل الموظفين وأرباب العمل . واقترح التشريع الذى أنشأ (AHCPR) آلية لتطوير ونشر أدلة الممارسة الطبية وذلك بتحديد الإجراءات الطبية التى يجب على جميع الأطباء استخدامها أو عدم استخدامها فى معالجة المرضى بأمراض محددة . وبصفة عامة فإن هذا الأسلوب ما هو إلا كجسيد لما أصبح يعرف بتقدير النتائج وإدارتها (Ell wood 1988; Wennberg 1990 a, 1990 b) ، حيث يشير التقدير إلى بحوث الفعالية المركزة على النتائج ، وتدل الإدارة على تطوير ونشر وتطبيق أدلة الممارسة الطبية .

### تقدير النتائج وإدارتها :

#### النظرية والمنهجية :

يبدو أن الأعضاء سلطت على تعزيز النتائج وإدارتها ، وكذلك نالت حصة الأسد من التمويل من بين جميع البدائل والمقترحات فى الوقت الحاضر ، ويبدو كذلك أنها من القوة بحيث يعلنها رلمان (Reiman 1988) بشير دخول عصر المسئولية ، وقد كان لقيادة وينبرج (Wennberg) فى تطوير هذا العلم الفضل فى رفع تقدير النتائج وإدارتها إلى مستوى السياسة العامة ، وإلى حد ما فإن العمل الذى بدأه وينبرج وزميله جيتلسون (Wennberg and Gittelsohn 1973) أثمر إنشاء وكالة بحوث الخدمات الصحية وسياساتها بجنول أعمالها المكرس لتقدير النتائج وإدارتها . وقد جعلت هذه الوكالة من

فعالية الرعاية الطبية هدفًا أساسيًا للسياسة العامة . لهذا السبب يتقصى ماتبقى من هذا الفصل فرضيات وتطبيقات وأمثلة لهذا الأسلوب الجديد الذى يتجسد الآن فى استثمار يقدر بـ (٥٠) مليون دولار سنوياً (Raskin and Maklan 1991) .

يدفع جهود التقدير والإدارة هذه فرضيتان وربتا بتفصيل فى مقالة لكاتبين من منسوبي (Raskin and Maklan 1991, 164) (AHCPR) هما : (١) ترتبط الاختلافات فى الممارسة السريرية بفروقات فى نتائج المرضى واستخدام الموارد . (٢) بالإمكان تغيير أنماط الممارسة الطبية غير المناسبة إذا تم نشر الدليل العلمى وثيق الصلة إلى مقدمى الرعاية والمرضى بفعالية . وعلاوة على ذلك فإن الفرضية لجميع هذه الجهود هى أن الرعاية الطبية تساهم جوهرياً فى تحسين صحة السكان .

أما الفرضية الأولى فهى حتماً صحيحة بالنسبة للفروقات فى استخدام الموارد ، ولكن لم يتم إثباتها بعد بالنسبة للفروقات فى نتائج المرضى ، وتشكك عدة أمثلة عرضت فى جزء الدلائل من هذا الفصل فى صحة هذا الجزء الأخير من الفرضية . وقد وجد دويوا وزملاؤه (Dubois et al 1987) وبارك وزملاؤه (Park et al 1990) فى أعمالهم ، القليل من العلاقة بين الاختلافات فى النوعية والفروقات فى النتائج ، التى وجدوا فيها شيئاً على الإطلاق ، وقد وجد وينبرج (Wennberg) فروقاً طفيفة فى النتائج فى عمله على تضخم البروستاتا الحميد على الرغم من التباين الكبير المتعلق بأسلوب «الانتظار تحت الملاحظة» مقابل الجراحة الفورية (Barry et al 1988) ، وفى مقارنته لبوسطن ونيوهايفن لم يجد وينبرج فروقاً حقيقية فى النتائج رغم اختلاف الضعف فى استخدام الموارد .

أما الفرضية الثانية المتعلقة بإمكانية تغيير أنماط الممارسة الطبية من خلال نشر الدليل العلمى على النتائج المحتملة للعلاج ، فنتناقش لاحقاً فى هذا الجزء ، ويكفى القول هنا إن صحتها أيضاً مشكوك فيها .

ومع ذلك فقد كوَّنت هاتان الفرضيتان مع أعمال وينبرج (Wennberg et al 1988) الأساس لمشروعات فريق أبحاث نتائج المرضى التابع لوكالة بحوث الرعاية الصحية وسياستها ، وهذا الفريق هو نموذج الوكالة الساطع لتطبيق تقدير النتائج وإدارتها .

يتم إعداد كل فريق لتطبيق إجراءات تقدير النتائج على حالة طبية يمكن تحديدها وهذه الإجراءات هي كالتالي :

- ١- تقويم الدلائل المنشور والرأى الحالى لتفهم اختلافات الرأى السائدة ولتحديد الفرضيات للدراسة الإضافية .
- ٢- استخدام قواعد بيانات التأمين الكبرى لتحديد تقديرات الاحتمال للنتائج المختلفة .
- ٣- دراسة النتائج المحتملة المستقلة من خلال المقابلات مع المرضى ومقدمى الرعاية لهم لتقدير أعراض المرضى والحالة العملية لهم .
- ٤- تحليل القرار للحصول على تركيب منطقي للمعلومات لأهداف السياسات الصحية .

وتعتمد خطوات تقدير النتائج على المنهجيات الأساسية لبحوث الفعالية التى تم وصفها فى الأجزاء السابقة من هذا الفصل . أما تقويم الدليل المنشور فيتم باستخدام أدوات تركيب المعلومات وتحليل Meta ، فيما تدمج دراسات نتائج المرضى المحتملة مستقبلاً بمقاييس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لتنتج تقويم المرضى لنتائجهم حيث توفر هذه التقويمات المعطيات المطلوبة لتحديد سنوات الحياة المضبطة للنوعية فى تحليل القرار الذى يستخدم بدوره النمذجة الإحصائية ، وكذلك بدمج احتمالات النتائج والمعطيات المستخلصة من الأجزاء السابقة للإجراء ، لينتج متوسط النتائج للمرضى النمذجيين . ويفترض من كل فريق أن يعمم نتائج الفعالية ، وأن يستخدم البحث التجريبي لتقويم فعالية هذا التعميم فى تغيير أنماط الممارسة ، وفى تحسين نتائج المرضى ، هذا إضافة إلى تنفيذ خطوات تقدير النتائج الانفة . وقد مولت الوكالة من ١٩٨٩م إلى ١٩٩١م (١٢) مشروعاً لفرق أبحاث نتائج المرضى ، مدة كل منها خمس سنوات ويمعدل مليون دولار سنوياً بهدف تقصى الفعالية المتعلقة بالحالات المرضية التالية :

انسداد شرايين القلب الحاد ، وأمراض البروستاتا ، وآلام أسفل الظهر ، وإعتمام عدسة العين ، والتهاب مفصل الركبة (استبدال الركبة كاملة) ، وأمراض الشرايين القلبية المزمنة ، ومرض السكر ، وأمراض المرارة ، والتهابات الرئة ، وكسور والتهاب مفاصل الحوض (استبدال الحوض الكامل) ، رعاية الولادة (رعاية المخاض والوضع) والسكتة الدماغية (Raskin and Maklan 1991) .

## سؤال :

يوفر عمل وينبرج على تضخم البروستاتا الحميد خلال العقد الماضي مثلاً متميزاً على تطبيق منهجيات تقدير النتائج لدراسة فعالية الرعاية الطبية ، علاوة على نشاطات النشر والتقييم فى تطوير الأسس لتحسين هذه الرعاية . وقد قام وينبرج وبنكر وبارنز (Wennberg, Bunker, and Barnes 1980) بالتقييم الأولي للدلائل المنشور كجزء من مراجعة لعدد من الحالات الشائعة ، وقد وجدوا خلافاً حول معالجة تضخم البروستاتا الحميد بين «محبذى التدخل المبكر» الذين جادلوا لصالح جراحة البروستاتا فى بداية المرض و«المدرسة المحافظة» الذين أيدوا أسلوب علاجي يعتمد على «الانتظار والملاحظة» ، وقد أمضى وينبرج وزملاؤه العقد التالي فى التحقق عن هذا الخلاف ومحاولة فضه .

وقد استخدم وينبرج وزملاؤه (Wennberg et al 1987) قواعد بيانات التأمين الكبرى بما فى ذلك بيانات ميديكير الأمريكية وما يوازىها من قواعد البيانات الكندية لتحديد النتائج المحتملة وأنماط ارتباطها مع متغيرات البنية ، والإجراءات ، وقد حددت هذه الدراسات حجم المستشفى والعمليات الجراحية المفتوحة على أنها عوامل تكتينية للنتائج .

أجريت دراسة النتائج المستقبلية على عينة من حوالى (٢٠٠) مريض تم تقدير حالاتهم الصحية من حيث الأعراض وخطورة المرض ، والأهم من ذلك من حيث إدراكهم أو ردة فعلهم نحو هذه الأعراض (Fowler et al 1988) ، واتضح أن الأعراض والخطورة وحدهما لم يكونا كافيين لتحديد مدى تأثير هذه الحالات على نوعية حياة المرضى ، بل كان من الضروري أيضاً تقدير وقع هذه الأعراض ، بالتحديد ، على كل مريض بحيث يكون اتخاذ قرار الجراحة أو «الانتظار مع المراقبة» ، شاملاً لرغبة المريض وخياره ، فيما يطبق ولا يطبق ، وهذا الخيار شخصي بحث ، وقد دعت هذه النتائج وينبرج وزملاؤه (Wennberg et al 1987) إلى بذل جهود طائفة لتوفير المعلومات اللازمة ، وبالأشكال المناسبة للمرضى ، حتى يتمكنوا مع أطبائهم من اتخاذ قرار منروس تجاه العمليات الجراحية وكيفية إجرائها .



ويتم إجراء جزئية تحليل من تقويم النتائج ، كما سبق ذكرها ، لتوفير الترتيب العقلانية للمعلومات المستقاة من المراحل السابقة من التقويم وتشمل طريقة وينبرج هذه لتحليل القرار بيانات احتمالات النتائج المستوحاة من مراجعة شاملة للدراسات المنشورة ، وتحليل لقواعد البيانات الكبرى ، وكذلك للمعلومات عن تأثير الأعراض على حكم المرضى وتقديرهم لنوعية حياتهم وجوبتها .

وجد بارى وآخرون (Barry et al 1988) باستخدام مثال الرجل فى السبعين من عمره ولايشكو من مشاكل صحية أخرى الأساس لدراسة نتائج عمليات تضخم البروستاتا الحميد ، وباستخدام إجراء من النمذجة لما يعادل عشر سنوات من عمر الرجل ، أن الذين يشكون من تضخم حميد فى البروستاتا وأجروا عملية جراحية لها ، فور اكتشافها يخسرون (١٠٠١) شهر صافٍ من متوقع الحياة . أى أنه بعكس القناعة الحالية القائلة أن الجراحة مباشرة تنقذ الحياة ، فبالنسبة للرجل العادى الذى لايشكو من مضاعفات أخرى ، فإن الانتظار المترقب - أى عدم إجراء الجراحة - على المدى الطويل ، أقل احتمالاً لتقصير الحياة من إجراء الجراحة ، إلا أنه عند أخذ نوعية الحياة بالاعتبار ، وذلك من خلال مفاضلة المرضى للعيش مع أعراض ومضاعفات محددة يتبين زيادة صافية بمقدار ثلاثة أشهر ، مضبوطة لجودة الحياة ، للمرضى الذين أجروا العمليات الجراحية فور اكتشاف المرض ، وبعبارة أخرى فإنه عند الأخذ بالاعتبار تقييم المرضى للأعراض المرضية فإن إزالة هذه الأعراض بواسطة الجراحة الفورية ، يساوى زيادة حياة المريض بثلاثة أشهر .

### تطوير أدلة الممارسة :

يعرض مثال تحليل وينبرج للانتظار المترقب ، مقابل الجراحة الفورية لتضخم البروستاتا الحميد ، تجسيدا لتقييم النتائج ، إلا أن إدارة الإجراءات والنتائج التى خرج بها فريق بحث نتائج المرضى (PORT) تستدعى امتداد هذه المعلومات لتطوير أدلة الممارسة الطبية ونشر هذه الأدلة وتقويم الجهود المبذولة نحو نشر هذه الأدلة ، اذا تكرر وكالة (AHCPR) جل جهودها لهذه النشاطات ، إذ إن مشروع القانون المبدئى الذى أقره الكونغرس يفرض على الوكالة نشر أول ثلاث مجموعات من أدلة الممارسة

بحلول يناير ١٩٩١م . واستطاعت موافاة هذا الموعد بإعداد مسودات لأدلة الممارسة لمرض سلس البول لدى البالغين ، والوقاية من التقرح ، وتدبير الآلام . وقد تمت مراجعتها وبتقيحها خلال عام ، ثم تم نشرها في صيغتها النهائية وبثها في عام ١٩٩٢م . وخلال العام نفسه بدأت الوكالة بتمويل مشاريع بحوث البث بهدف تحديد أكثر السبل فعالية لتحقيق تبني أدلة الممارسة التي طورتها .

ولكن ماهي أدلة الممارسة بالتحديد ، وماهي أهدافها وما مصادرها وكيف يتم تطويرها وكيف يتم بثها بفعالية وهل لها أي تأثير ؟ .

إن مايسميه المجمع الطبي أدلة الممارسة ، وماتسميه وكالة (AHCPR) الأدلة الإكلينيكية قد تمت الإشارة إليها بمسميات مختلفة منها «معايير الممارسة» (Brook 1989) ، و «أدلة الممارسة الإكلينيكية» (Geehr and Salluzzo 1990) ، و «سياسات الممارسة» (Eddy 1990 a, 877) ، و «أدلة بيان الإجماع» (Hill, Levine and Whelton 1988) ، إضافة إلى ذلك فإن الجمعية الطبية الأمريكية (AMA) تعرفها بسمى «حدود الممارسة» ، كما تسميها جمعية الأطباء الأمريكية «أدلة الضرورة» ، فيما تسميها الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية (JCAHO) «المؤشرات الإكلينيكية» .

المقصود باستخدام مثل هذه المعايير هو التوجيه ، والتأثير على القرارات التشخيصية والإجرائية ، وكذلك قرارات العلاج التي يتخذها الطبيب تجاه البدائل العلاجية الأنسب وأقلها تكلفة . وفي الواقع فقد صممت حسب وصف وينبرج (wennberg 1990) لإدارة الرعاية الطبية إدارة دقيقة على مستوى مواجهة إكلينيكية محددة بين طبيب ومريض ، مع أن أدلة الممارسة أصبحت سياسة فدرالية بعد إقرار القانون رقم (239 - 101 PL) في عام ١٩٨٩م ، إلا أنها ليست جديدة ، وكذلك ليست امتيازاً مقصوراً على الحكومة الفدرالية . لقد قامت شركات التأمين الخاصة وجمعيات التخصصات الطبية ، ومنظمات الرعاية الصحية التطوعية ، إضافة إلى مؤسسات حكومية ، بتطوير واستخدام أدلة الممارسة ولا زالت . ومن المؤسسات الفدرالية التي تنتج أدلة الممارسة بالإضافة إلى وكالة (AHCPR) مركز السيطرة على الأمراض (CDC) ، وجمعية السرطان الوطنية (NCA) ، وإدارة تمويل الرعاية الصحية (HCFA) ،

وهيئة مراجعة مدفوعات الأطباء (PPRC)، وكذلك تصدر الشركات الخاصة أدلة ممارسة مماثلة منها شركة الصليب الأزرق، وشركة الدرع الأزرق، إضافة إلى شركات التأمين الخاصة الأخرى.

هذا وربما لاعتقادها أن أفضل دفاع هو هجوم قوى فقد أخذت جمعيات التخصصات الطبية المختلفة مثل جمعية الأطباء الأمريكية، والجمعية الأمريكية لأمراض القلب، والجمعية الأمريكية لأطباء الولادة والنساء بتطوير أدلة ممارستها طوعياً، كما اتخذت الاتحادات الصحية التطوعية موقفاً مماثلاً ومنها الاتحاد الأمريكي للمستشفيات، والاتحاد الطبي الأمريكي، والهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية. إضافة إلى ذلك فإن جمعية الطب وهي منظمة بحثية شبه حكومية قد أنتجت أدلة ممارسة في مجالات عدة.

لقد استخدمت كل المصادر أنفة الذكر في وسائل مختلفة إلا أن إدي (Eddy 1990b، 1265) يصف إجراء إعداد الأدلة بصفة عامة كالتالي :

- تحديد النتائج الصحية الهامة .
- تحليل الدلائل لأثار الممارسة على هذه النتائج .
- تقدير مدى النتائج (المنافع والأضرار) .
- مقارنة المنافع والأضرار .
- تقدير التكلفة .
- مقارنة النتائج (الصحة مع التكلفة) .
- مقارنة بدائل الممارسة لتحديد أولوياتها .

ويستخدم مثل هذا الإجراء تم تطوير وإعداد وإصدار أدلة الممارسة لعدد من الحالات بما فيها تقرير الإجماع للهيئة الوطنية لضغط الدم المرتفع، والمؤتمر الوطني لتطوير الإجماع على العمليات القيصرية، وكذلك أدلة الاتحاد الأمريكي للقلب، للوقاية من التهاب الجراثيمي للغشاء الداخلى للقلب، ويعرض الجدول (١-٣) مثلاً على أدلة الممارسة.

## تطوير أدلة الممارسة :

هل أدلة الممارسة فعالة في تغيير قرارات الممارسة للأطباء ؟

لا يوجد إلا كم متواضع من البحوث على أدلة الممارسة وفعاليتها ، وعلى محدثات فعاليتها ، إذ إن من الفرضيات العاملة الآن أنه ما أن يتم تطوير أدلة الممارسة فإن مجرد بثها سوف يؤدي إلى تغيير سلوك الأطباء العملية ، وتشير عدة دراسات إلى أن مجرد بث أدلة الممارسة لآثاره له على قرارات الممارسة . وتبين إحدى هذه الدراسات (Hill, Leivine, and Whelton 1988) ، أنه رغم توافر تقرير الإجماع من الهيئة الوطنية المشتركة على ارتفاع ضغط الدم والمعرفة والإدراك به ، إلا أن الاستعمال الفعلي والممارسة الطبية لم تتغير ، كما تشير إلى ذلك استبانات «قبل وبعد» المتعلقة بسلوك الممارسة ، كما أعلنت نتائج مماثلة لأدلة بيانات الإجماع الأخرى (Brook 1980, Gleicher 1984) ووجد لوماس وآخرون (Lomas et al 1989) أن معرفة الأطباء واتجاهاتهم وسلوكياتهم تجاه بيان إجماع كندي ، على معدلات العمليات القيصرية والحاجة إلى خفضها كانت جميعاً إيجابية . إلا أن معدلات العمليات القيصرية القيمة «قبل وبعد» نشر وتوزيع البيان ، كانت أعلى بخمسين بالمئة من المعدلات المعلنة ويمثل ذلك اختلافاً بسيطاً عن نزعة الارتفاع السابقة .

جدول (٢/١) : مثال على أدلة الممارسة : معايير المراجعة لقياسات ضغط الدم الأولية :

المراجعة المقترحة	المدى مم زئبق
الضغط الانبساطي	
أعد القياس بعد سنتين	٨٥ / مم
أعد القياس بعد سنة	٨٥ - ٨٩
أعد القياس خلال شهرين	٩٠ - ٩٤
التقييم أو الإحالة إلى مصدر الرعاية خلال أسبوعين	٩٥ - ١١٤
التقييم أو الإحالة إلى مصدر الرعاية فوراً	١١٥ /
الضغط الانقباضي في حال كون الانبساطي أقل من ٩٠	
أعد القياس بعد سنتين	١٤٠ /
أعد القياس بعد شهرين	١٤٠ - ١٩٠
التقييم أو الإحالة إلى مصدر الرعاية خلال أسبوعين	٢٠٠ /

يشكل برنامج تطوير الإجماع الخاص بالمؤسسة الصحية الوطنية (NIH) جهداً منتظماً تجاه أدلة الممارسة ، إذ من خلال هذا البرنامج تجمع المؤسسة عدداً كبيراً من الخبراء لتطوير أدلة ممارسة للأطباء ، ثم تقوم ببحث توصياتها من خلال سبل متعددة . وقد تقصت كوسكوف وزملاؤها (Kosecoff et al 1987) فعالية هذا الإجراء لاثنتي عشرة من توصيات الإجماع ، ولم يجدوا تأثيراً لأى منها مع أن الأطباء كانوا على علم بها جميعاً ، والأهم من هذا أن الباحثين لاحظوا أن سلوك الأطباء تجاه العديد من الأدلة كان يتغير حتى قبل بث بيانات الإجماع .

لا يبدو أن بث ونشر أدلة بيانات الإجماع وحده يغير السلوك كثيراً ، فقد دعى بروك (Brook) إلى ربط أدلة الممارسة بحوافز مالية ، إلا أن وينبرج (Wennberg) يجبذ استخدام التغذية المرتدة للمعلومات عن الاختلافات في الممارسة والنتائج كوسيلة لتحث الأطباء أنفسهم للمساهمة في إجراء لتطوير الأدلة ، ويبدو هنا أن التأثير سوف يكون أكبر شريطة أن يشمل مثل هذا البحث على جهود منتظمة للمنظمات بهدف التغيير .

استخدم وينبرج (Wennberg 1984) أسلوب توفير المعلومات عن الاختلافات في معدلات الإجراءات الجراحية للأطباء في كل من ولاية فرمونت وماين وأيووا ، حيث عكف قادة المجتمع الطبي على هذه المعلومات والبيانات وقادوا زملائهم في عملية إعادة إلى تقويم أساليبهم في العلاج الجراحي حيث تمت مراجعة شاملة للبحوث ذات الأهمية ، وفي إحدى الحالات نشرت مجلة الولاية الطبية النتائج . وقد أثبتت هذه الجهود نجاحها في تخفيض معدلات استئصال اللوزتين إلى عشرة بالمائة من مستواها السابق ، ويشير وينبرج إلى نجاح مماثل لجهود مماثلة في الولايات الأخرى .

يبدو أن التغذية المرتدة للمعلومات ، عندما يتبعها مثل إجراء التغيير المنتظم هذا ، الذي يشمل المجموعات المهنية ذات العلاقة ، تغير أنماط ممارسة الأطباء ، ودفع هذا البرهان وينبرج (Wennberg 1990 a, 1204) إلى طرح السؤال التالي وكذلك الإجابة عليه : «هل الضغوط التي تضفيها الرعاية المدبرة وكذلك أدلة الممارسة ، على علاقة الطبيب بالمرضى ، التأثير الكافي على أعداد الأطباء ، للوصول إلى إعادة توزيعهم المطلوبة في مناطق الرعاية مقابل الرسوم ؟»

«كل ماتعلته عن العلاقات الخاصة بين النظريات الطبية وكمية الموارد وأنماط ممارسة الأطباء في مناطق الرعاية مقابل الرسوم ينذر بعدم إمكانية إعادة توزيع أعداد الأطباء» .

يشير وينبرج في هذه العبارة إلى أن إدارة الرعاية الطبية من خلال أدلة الممارسة لن تؤدي إلى خفض عدد الأطباء أو أعداد أسرة المستشفيات ولا إلى خفض أعداد الأجهزة الطبية المكلفة . ويضيف وينبرج إلى أننا لن نصل إلى التخفيض اللازم في تكاليف الرعاية الطبية إلا من خلال قرارات واعية وعلى مستوى النظام لإعادة توزيع مصاريف الرعاية الطبية إلى الموارد المناسبة فقط .

نناقش هذا الفصل عن الفعالية عدداً من الأسئلة . في الإجابة على السؤال الأول المتعلق بإسهامات الرعاية الطبية نحو صحة السكان فلدينا كم كبير من الدلائل التي تشير إلى أن الرعاية تساهم فعلاً في رفع المستوى الصحي للسكان ، إلا أن هذه المساهمة متواضعة . وفي الإجابة على السؤال الثاني فيما إذا كان بالإمكان تحسين فعالية الرعاية الطبية ، الإكلينيكية ، فلدينا الدليل الواضح على التفاوت الكبير في الممارسة الطبية والذي يمكن تفسيره ، وحتى الآن لا توجد علاقة واضحة لارتباط هذا التفاوت بالنتائج الصحية . كما لدينا بعض الدلائل على إمكانية تحسين فعالية الرعاية الطبية .

من خيارات السياسة الصحية المختلفة لتحسين الفعالية بما فيها تعزيز الصحة (Milio 1983) ، والتخطيط الصحي (Wennberg 1990 b) ، وتقويم وإدارة النتائج (Elwood 1988; National Leadership Commission on health Care 1989; Wennberg 1990 a, 1990 b) ، وقد أصبح تقويم وإدارة النتائج المحور الأساسي للسياسات الفرعية عن الفعالية ، كما ينعكس ذلك في جدول أعمال البحوث والسياسات لوكالة سياسة وبحوث الرعاية الصحية ، إلا أن الدلائل بهذا الصدد لاتدعم جميعها مما قد يدعو إلى طرح سؤالين إضافيين . أولاً : كيف أصبحت مثل هذه النشاطات سياسة فيدرالية مع عدم وجود البراهين التي تدعمها ؟ . وثانياً : إذا ثبت مع مرور الوقت أن إستراتيجية تقويم وإدارة النتائج هذه هي ذات منفعة محدودة في تحسين فعالية الرعاية الطبية فالسؤال المتبقى آنذاك هو ماذا يمكن عمله لتحسين صحة السكان ؟ في وقت ما في المستقبل قد نحول اهتمامنا إلى أسلوب أوسع لرفع المستوى الصحي للأمة .

## المراجع :

- Barry, M., A. Mulley, F. Fowler, and J. Wennberg. 1988. "Watchful Waiting vs. Immediate Transurethral Resection for Symptomatic Prostatism: The Importance of Patients Preferences." *Journal of the American Medical Association* 259: 3010 - 17.
- Blumberg, M. 1987. "Inter-area Variations in Age-adjusted Health Status." *Medical Care* 25: 340 - 53.
- Bonita, R., and R. Beaglehole. 1989. "Increased Treatment of Hypertension Does Not Explain the Decline in Stroke Mortality in the United States, 1970 - 1980." *Hypertension* 13 (5 Supp): 169 - 73.
- Breslow, L. 1972. "A Quantitative Approach to the World Health Organization Definition of Health: Physical, Mental and Social Well-being." *International Journal of Epidemiology* 1: 345 - 55.
- Brook, R. 1989. "Practice Guidelines and Practicing Medicine. Are They Compatible?" *Journal of the American Medical Association* 262: 3027 - 30.
- \_\_\_\_\_. 1991. "Health, Health Insurance, and the Uninsured." *Journal of the American Medical Association* 265: 2998 - 3002.
- Brook, R., J. Ware, W. Rogers, E. Keeler, A. Davies, C. Donald, G. Goldberg, K. Lohr, P. Masthay, and J. Newhouse. 1983. "Dose Free Care Improve Adults Health? Results From a Randomized Controlled Trial." *New England Journal of Medicine* 309: 1426 - 34, 1453.
- Brooks, S. 1980. "Survey of Compliance With American Heart Association Guidelines for Prevention of Bacterial Endocarditis." *Journal of the American Dental Association* 101: 41 - 43.
- Charlton, J., and R. Velez. 1986. "Some International Comparisons of Mortality Amenable to Medical Intervention." *British Medical Journal* 292: 295 - 301.
- Chassin, M., R. Brook, and R. Park. 1986. "Variations in the Use of Medical and Surgical Services by the Medicare Population." *New England Journal of Medicine* 314: 285 - 90.
- Cochrane, A. L., A. S. St. Leger, and F. Moore. 1978. "Health Service Input and Mortality Output in Developed Countries." *Journal of Epidemiology and Community Health* 32: 200 - 205.
- Dubois, R., W. Rogers, J. Moxley D. Draper, and R. Brook. 1987. "Hospital Inpatient Mortality: Is It a Predictor of Quality?" *New England Journal of Medicine* 317: 1674 - 80.
- Eddy, D. 1990a. "Practice Policies - What Are They?" *Journal of the American Medical Association* 263: 877 - 80.
- \_\_\_\_\_. 1990 b. "Practice Policies: Where Do They Come From?" *Journal of the American Medical Association* 263: 1265 - 75.
- Ellwood, P. 1988. "Shattuck Lecture - Outcomes Management: A Technology of Patient Experience." *New England Journal of Medicine* 318: 1549 - 56.

- Evans R., and G. Stoddart. 1990. "Producing Health, Consuming Health Care." *Social Science and Medicine* 31: 1347 - 63.
- Fowler, F., J. Wennberg, R. Timothy, M. Barry, A. Mulley, and D. Hanley. 1988. "Symptom Status and Quality of Life Following Prostatectomy." *Journal of the American Medical Association* 259: 3018 - 22.
- Fuchs, V. 1974. *Who Shall Live?* New York: Basic Books.
- Geehr, E., R. Salluzzo. 1990. "Clinical Practice Guidelines: Promise Illusion?" *Physician Executive* 17 (4): 13 - 16.
- Gleicher, N. 1984. "Cesarian Section Rates in the United States: The Short-term Failure of the National Consensus Development Conference in 1980." *Journal of the American Medical Association* 252: 3273 - 76.
- Gordis, L. 1973. Effectiveness of Comprehensive- Care Programs in Preventing Rheumatic Fever. " *New England Journal of Medicine* 289: 331 - 35.
- HDFF. 1979. "Five-year Findings of the Hypertension Detection and Follow-up Program. I Reduction in Mortality of Persons with High Blood Pressure, Including Mild Hypertension." *Journal of the American Medical Association* 242: 2562 - 71.
- Hill, M., D. Levine, and P. Whelton. 1988. "Awareness Use, and Impact of the 1984 Joint National Committee Consensus Report on High Blood Pressure." *American Journal of Public Health* 78: 1190 - 94.
- Hollingsworth, J. R. 1981. "Inequality in Levels of Health in England and Wales, 1981 - 1971." *Journal of Health and Social Behavior* 22: 268 - 83.
- Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 1989. *The 1988 Report of Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure National High Blood Pressure Evaluation Program, National Heart, Lung, and Blood Institute, NIH No. 89 - 1088*, Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- Knowles, J. 1977. "Doing Better and Feeling Worse: Health in the United States." *Daedalus* 106 (1): 1 - 278.
- Kosecoff, J., D. Kanouse, W. Rogers, et al. 1987. "Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on Physician Practice." *Journal of the American Medical Association* 258: 2708 - 13.
- Lalonde, M. 1975. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Information Canada.
- Lomas, J., G. Anderson, K. Donnick- Pierre, E. Vayda, M. Enkin, and W. Hannah. 1989. "Do Practice Guidelines Guide Practice? The Effect of a Consensus Statement on the Practice of Physicians." *New England Journal of Medicine* 321: 1306 - 11.
- Luft, H., J. Bunker, and A. Enthoven. 1979. "Should Operations be Regionalized? The Empirical Relation Between Surgical Volume and Mortality." *New England Journal of Medicine* 301: 1364 - 69.



- Martini, C., G. J. B. Allan, J. Davison, and E. M. Backeet. 1977. "Health Indexes Sensitive to Medical Care Variation." *International Journal of Health Services* 7: 293 - 309.
- Mckinlay, J., and S. Mckinlay. 1977. "The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 55: 405 - 28.
- Milio, N. 1983. *Primary Care and the Public's Health*. Lexington, MA: Lexington Books.
- National Leadership Commission on Health Care 1989. *For the Health of a Nation: A Shared Responsibility*. Report of the National Leadership Commission on Health Care. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Newhouse, J., and L. Friedlander. 1979. "The Relationship between Medical Resources and Measures of Health: Some additional Evidence." *Journal of Human Resources* 15: 201 - 18.
- Office of Technology Assessment. 1988. *The Quality of Medical Care: Information for Consumers*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Prak, R., R. Brook, J. Kosecoff, J. Keesey, L. Rubenstein, E. Keeler, k. Kahn, w. Rogers, and M. Chassin. 1990. "Explaining Variations in Hospital Death Rates: Randomness, Severity of Illness, Quality of Care." *Journal of the American Medical Association* 264: 484 - 90.
- Raskin, I. E., and C. W. Maklan. 1991. "Medical Treatment Effectiveness Research: A View from Inside the Agency for Health Care Policy and Research." *Evaluation and the Health Professions* 14: 161 - 86.
- Reiman, A. 1988. "Assessment and Accountability: The Third Revolution in Medical Care." *New England Journal of Medicine* 319: 1220 - 22.
- Stewart, A., S. Greenfield, R. Hays, K. Wells, W. Rogers, S. Berry, E. McGlynn, and J. Ware 1989. "Functional Status and Well-being of Patients With Chronic Conditions: Results from the Medical Outcomes Study." *Journal of the American Medical Association* 262: 907 - 13.
- Surgeon General. 1979. *Healthy People-The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Tarlov, A., J. Ware, Greenfield et al. 1989. "The Medical Outcomes Study: An Application of Methods for Monitoring the Results of Medical Care." *Journal of the American Medical Association* 262: 925 - 30.
- VA Cooperative Study Group 1970. "Effects of Treatment on Morbidity in Hypertension. II Results in Patients with Diastolic Blood Pressure Averging 90 through 114 mm Hg." *Journal of the American Medical Association* 213: 1134 - 52.
- Valdez, R. B., R. Brook, W. Rogers, et al. 1985. "Consequences of Cost-Sharing for Children's Health." *Pediatrics* 75: 952 - 61.
- Wennberg, J. 1984. "Dealing With Medical Practice Variations: A Proposal for Action." *Health Affairs* 3 (March): 6 - 32.

- \_\_\_\_ 1987. "Population Illness Rates Do Not Explain Population Hospitalization Rates- A Comment on Mark Blumberg's Thesis that Morbidity Adjusters Are Needed to Interpret Small Area Variations." *Medical Care* 25: 354 - 59.
- \_\_\_\_ 1990a. "Outcomes Research, Cost Containment, and the Fear of Health Care Rationing." *New England Journal of Medicine* 323: 1202 - 4.
- \_\_\_\_ 1990b. "Small Area Analysis and the Medical Care Outcome Problem." In *Research Methodology: Strengthening Causal Interpretations of Nonexperimental Data*, edited by L. Sechrest, B. Starfield, and J. Bunker. Rocville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
- Wennberg, J., J. Bunker, and B. Barnes. 1980. "The Need for Assessing the Outcome of Common Medical Practices." *Annual Review of Public Health* 1: 277 - 95.
- Wennberg, J., J. Freeman, R. Shelton, and T. Bubolz. 1989. "Hospital Use and Mortality Among Medicare Beneficiaries in Boston and New Haven." *New England Journal of Medicine* 321: 1168 - 73.
- Wennberg, J., and A. Gittelsohn. 1973. "Small Area Variations in Health Care Delivery." *Science* 182: 1102 - 8.
- Wennberg, J., A. Mulley, D. Hanley, R. Timothy, F. Fowler, N. Roos, M. Barry, K. McPherson, E. R. Greenber, D. Soule, T. Bubolz, E. Fisher, and D. Malenka. 1988. "An Assessment of Prostatectomy for Benign Urinary Tract Obstruction: Geographic Variations and the Evaluation of Medical Care Outcomes." *Journal of the American Medical Association* 259: 3027 - 30.
- Wennberg, J., N. Roos, L. Sola, A. Schorri, and R. Jaffe. 1987. "Use of Claims Data Systems to Evaluate Health Care Outcomes." *Journal of the American Medical Association* 257: 933 - 36.

## الفصل الرابع

### الكفاءة : مفاهيم ومنهجيات

الأسئلة الجوهرية في أساسيات كفاءة الرعاية الطبية هي : ماهى التركيبة من السلع والخدمات الطبية التى يمكن إنتاجها بـموارد المجتمع المحدودة ؟ وكيف يتم إنتاجها ؟ وهل نحصل على القيمة القصوى من حيث خير المستهلك ؟ أما القضايا التابعة لذلك فهي : ماهى الآلية الأساسية المتوفرة لاتخاذ هذه القرارات ؟ وماهو الأسلوب الذى يؤدى إلى أفضل أداء لمجتمع ما ؟

تخصص جميع المجتمعات المتقدمة جزءاً كبيراً من ثروتها لتقديم خدمات الرعاية الصحية لدرجة بلغت الإشارة إلى هذا النمو فى مصروفات الرعاية الصحية فى هذه البلدان على أنه أزمة مالية ، ولذا ركزت الجهود على احتواء ارتفاع التكلفة . وتقود الولايات المتحدة العالم فى كل من مستوى مصروفات الرعاية الطبية وكذلك نمو مستوى مصروفات الرعاية الصحية إضافة الى الجهود المبذولة لدراسة مشكلات الوصول إلى الرعاية الصحية وجوبتها وتكلفتها . ففي عام (١٩٦٠م) تم صرف (٥.٣٪) من الناتج القومى للولايات المتحدة على الرعاية الصحية ، وارتفع إلى (١٢.٢٪) فى عام (١٩٩٠م) ، ويقدر أن يصل إلى (١٥٪) فى عام (٢٠٠٠م) ، (Levit et al 1991, Office of National cost Estimates 1990) . ويشير الازدياد الهائل فى سعر وتكلفة نظام الرعاية الصحية ، وهو الدليل على إمكانية قصور الكفاءة فى الكثير من الإجراءات الطبية ، وكذلك تجدد الاهتمام بمحددات الصحة الأخرى عدا الرعاية الصحية ، إلى أن تخصيص الموارد الحالى للرعاية الطبية يفتقر إلى الكفاءة . والقضية الأخرى ذات علاقة أيضاً هي الدرجة التى يتم بها إنتاج خدمات الرعاية الطبية بتكلفة أعلى من أدنى تكلفة ممكنة ، مع الأخذ فى الاعتبار التقنية الحالية .

هل يتم تنظيم وإدارة الموارد بحيث يتسنى تخفيض تكلفة إنتاج الخدمات إلى الحد الأدنى ؟ وهل يدفع للموظفين والمؤن والمعدات بمعدلات تمثل تكلفتها جميعاً فيما لو استخدمت المدفوعات فى استخدام بديل ؟ وهكذا فأسئلة مثل كم يصرف على الرعاية الصحية ؟ وماهى خدمات الرعاية الصحية التى يجب توفيرها ؟ وكيف يتم توفير هذه الخدمات ؟ قد أصبحت قضايا هامة فى السياسات الصحية .

ويسبب طبيعة الصحة والرعاية الصحية ، ووضع الرعاية الصحية حيث يعتقد الكثير بوجود توفرها بغض النظر عن قدرة الشخص على الدفع ، وتعدي تكاليف الرعاية الصحية على الميزانيات العامة ، لا يمكن ترك الحل لعمليات السوق الخاص ، فهناك بحث دؤوب لتفهم أفضل ، لهذه المشكلات وكيفية عمل «النظام» ، وإيجاد سياسات لتحسين إمكانية الوصول إلى الرعاية الطبية ، وجودتها وتخفيض تكلفتها . إن كلاً من الفعالية والإنصاف في نظام الرعاية الصحية الأمريكي بصفة إجمالية تقارن سلبياً مع كندا والكثير من بلاد أوروبا الغربية . فقد فحص المحللون في الولايات المتحدة الأمريكية هذه البلاد للحصول على نقاط مرجعية لمشكلات النظام الأمريكي ، وكذلك لتدبر حلول ممكنة لها . فعلى الرغم من انخفاض مصروفاتها نسبياً والتغطية الشاملة التي تقدمها فإن هذه البلاد الأوروبية تدرك المشكلات العسيرة التي تواجه نظمها الصحية ؛ ولذا تتطلع إلى الولايات المتحدة لنظم مبدعة في تقديم وتمويل الرعاية الصحية ، وخاصة لقاعدة بحوث الخدمات الصحية الواسعة لديها ، في فعالية وكفاءة خدمات ونظم الرعاية الطبية البديلة وكذلك الإنصاف في توزيع هذه الخدمات ، بسبب القلق نحو ميزانيات المدفوعات الخاصة والعامة للرعاية الصحية ، السابقة منها والمتوقعة مستقبلاً ، فقد ركز حوار السياسة الصحية على احتواء التكاليف ، بدلاً من الحصول على أعظم قيمة للموارد المتاحة ، إذ إنه يتم عادة احتواء التكاليف بإلغاء الصرف أولاً ، على الخدمات المضرّة بالوضع الصحي للمريض ، أو تلك التي لا تؤثر عليه ، ثم إذا دعت الحاجة إلى تخفيضات إضافية يتم ترتيب الخدمات وتمويلها وفق مستوى إنتاجيتها في تحسين المستوى الصحي . ففي حين جاهدت ولاية أو ريفون لتطبيق نظام لتخصيص الرعاية الطبية ، لم يجد صانعو السياسة الصحية ميكانيكية مرضية لاتخاذ مثل هذه القرارات الصعبة تقنياً وأخلاقياً (Eddy 1991 Hadorn 1991) . لقد وثّق المحللون ارتفاع التكاليف وما يتعلق بها من عدم كفاءة نظام الرعاية الطبية الأمريكي منذ عهد لجنة تكاليف الرعاية الطبية (Falk, Rorem and King 1933) . ومن العوامل المساهمة في ارتفاع التكاليف ارتفاع عمر المجموعة السكانية ، والتطور السريع في التقنية الطبية ، ونمو أعداد شركات التأمين ، وارتفاع تكلفة العلاج الطبي الدفاعي ، لتفادي القضايا القانونية في حال القصور في أداء المهنة ، والتضخم في

الأسعار العامة والطبية على حد السواء (Aaron 1991) . ومما يفاقم هذه المشكلات ، نظام المدفوعات المتجزئ والمتفكك الذي يتكون من أكثر من ألف وخمسمائة شركة تأمين خاص ، الأمر الذي يجعل السيطرة على النظام من خلال إجراءات تنظيمية في غاية الصعوبة .

بدأت في الستينيات جهود عديدة حكومية ومن القطاع الخاص لكبح ارتفاع تكاليف الرعاية الطبية والوصول إلى توزيع منطقي وعادل لها ، منها التخطيط الصحي ، ومراجعة الاستعمال وضبط الأسعار وتحديد المعدلات ورفع المصاريف الإضافية التي يتحملها المريض ، وكذلك المنافسة من نظم تقديم الرعاية البديلة ، وعلى الرغم من بعض النجاحات المحلية (مثل هاواي وورثستر نيويورك) لم تنجح هذه الجهود على المستوى الإقليمي أو الوطني (Davis et al 1990, Moon and Holahan 1992; General Accountig Office 1991) .

تشكل قضية مدفوعات الأطباء مثلاً على مشكلات عدم الكفاءة المتناصلة في نظام الرعاية الطبية الأمريكي ، وقد انصب عليها كل من الباحثين وصانعي السياسات في السنوات الماضية ، من خلال إصلاح جديد جذري لمدفوعات الأطباء ، تبدأ تدريجياً لبرنامج مديكير في عام ١٩٩٢ م . ويتم في الفصل الخامس شرح الارتباط بين نظام المدفوعات وقضية الكفاءة ، إضافة إلى الحل الذي تقترحه الحكومة ، وهو تدرج القيمة النسبية المبني على الموارد (RBRVS) (Resource Based Relative Value Scales) . أما الفصل الرابع فيحدد مفاهيم الكفاءة ويصف الإستراتيجيات التنظيمية وإستراتيجيات السوق ، التي نفذتها عدة دول مختلفة لتحقيق الكفاءة ، ويفحص المنهجيات المستخدمة لتقرير مدى تحقيقها .

## الإطار المفاهيمي والتمريعات :

### الكفاءة :

تتطلب الكفاءة منا كمجتمع بالكامل أن ننتج المجموعة من السلع والخدمات ذات أعلى قيمة يمكن تحقيقها . مع اعتبار تقنياتنا ومواردها المحدودة (Byrns and Stone 1987) ويتطلب هذا ، تحقيق الكفاءة التحصيلية والكفاءة الإنتاجية . حيث تعتمد

الكفاءة التحصيلية على تحقيق المزيج الصحيح (أكثره قيمة) من المخرجات (Davis et al 1990) . أما الكفاءة الإنتاجية فهي إنتاج مستوى معين من المخرجات بأقل تكلفة ، وقد يحدث عدم الكفاءة التحصيلية حتى في النظام الصحي ذى الكفاءة الإنتاجية العالية أى أنه النظام الذى ينتج كل خدمة بأقل تكلفة ممكنة إلا أنه ينتج خدمات ما أكثر أو أقل من احتياجات ورغبات المجتمع ، وتظهر مشكلات الكفاءة التحصيلية في الرعاية الصحية عند تخصيص موارد طائلة لعلاج ذات فعالية مشكوك وإهمال الخدمات الوقائية قبل الولادة والفحوصات الشاملة التى أثبتت نجاحها ، وبسياق أوسع بإمكان المجتمع أن يحقق قيمة أعلى وصحة أفضل بتحويل بعض الموارد في الرعاية الطبية إلى التدريب العملى وتطوير المجتمع . وتظهر مشكلات الكفاءة الإنتاجية عندما تتم إدارة الرعاية بطريقة لاتزيد الإنتاجية الكامنة إلى الحد الأقصى ، كمن يقوم الأطباء على سبيل المثال بتقديم الخدمات التى يمكن أن يؤذيها المرضى أو غيرهم من الموظفين الطبيين الذين هم أقل تكلفة من الأطباء ، وكذلك عندما لاتستفيد الممارسات من اقتصائيات المجموع مثل إنتاج الخدمات المخبرية .

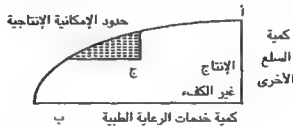
سيتم فحص مفاهيم الكفاءة هذه على مستوى الممارسين المنفردين والمستشفيات وكذلك على مستوى النظام الصحي الوطنى .

يصور الشكل (١-٤) مجموعة من مزيج السلع والخدمات التى يمكن إنتاجها بموارد المجتمع خلال فترة معينة . ويمثل المنحنى (أ) فى الشكل حدود الإمكانية الإنتاجية ، وتمثل النقاط على هذا المنحنى أقصى ناتج ممكن مع التقنية الحالية وأكثر أساليب الإنتاج كفاءة . إذا كان الإنتاج الفعلى داخل المنحنى كما فى النقطة (ج) فإن الكفاءة الإنتاجية لم تحرز نتيجة ، وداخل المنطقة المظلة بإمكان التحسينات فى الكفاءة الإنتاجية أن تزيد من إنتاج الرعاية الصحية بدون أن تقلل الناتج فى السلع والخدمات الأخرى والعكس صحيح . ولكن ما أن نصل الى حدود الإمكانية الإنتاجية فإن الزيادة فى إنتاج سلعة ما يكون على حساب سلعة أخرى ؛ لذا يجب اتخاذ قرارات تخصيص على ضوء هذا التفاضل بين الرعاية الطبية والسلع والخدمات الأخرى .

وكل ماتملكه حدود الإمكانية الإنتاجية أن بدائل متعددة من المزيج ممكنة ، إلا أنها لاتحدد المزيج بالكفاءة التحصيلية . إن توزيع أو تخصيص الموارد إجراء ديناميكى

معقد يعتمد على مزيج من الخيار الشخصي والضرائب الحكومية وقرارات الإنفاق ، ومع نمو الاقتصاد والقاعدة التقنية تتوسع الحدود باستمرار ، متخذة التقنية كمركز الاهتمام ، وبهذا يكون صالح المجتمع عرضة لقرارات عن تخصيص الموارد للتقنية والرعاية الطبية والسلع والخدمات الأخرى .

### الشكل (١-٤) : حدود الإمكانية الإنتاجية .



كما سنرى في الفصل الخامس ، بالإمكان توثيق أمثلة عن إسائة التخصيص ، والإنتاج عديم الكفاءة في الرعاية الصحية ، إلا أن تخصيص الموارد الأمثل والوسائل الإنتاجية الأفضل ، غير معلومة ، لذا تواجه بعض المحللين وصانعي السياسات ، في محاولة تقييم قضايا تخصيص موارد الرعاية الصحية ثلاث مشكلات كبرى وهي :

**المشكلة الأولى :** هي المعلومات النظرية والتجريبية المحبودة عن كيفية تحليل آثار قرارات تخصيص الموارد على صالح المجتمع . **والثانية :** وهي مرتبطة بالمشكلة الأولى وهي محدودية المعلومات عن العلاقة بين استخدام الرعاية الطبية والصحة . **والمشكلة الثالثة** هي أن كلاً من نظام السوق والنظام المنظومي أثبتت عدم ملاءمتها كوسيلة لتخصيص الموارد في قطاع الرعاية الطبية من الواقع الاقتصادي .

لقد سعى الفلاسفة منذ زمن إلى تطوير نظريات وأدلة عملية لتحديد وقياس صالح المجتمع . وقد طور فيلفريديو باريتو (١٨٤٨-١٩٢٢م) جل أساسيات اقتصاد الإنعاش ، وهي مجموعة من الأساليب التحليلية والمفاهيم لتقويم قرارات التخصيص . وترتكز هذه الأعمال على مبدأ «درجة باريتو القصوى» (Pareto Optimum) التي تحصل عندما

تتم جميع المقايضات ذات النفعة المتبادلة حيث لا يمكن لأى شخص أن ينتفع أكثر بدون أن يتضرر شخص آخر . عندما تكون لديهم الحرية للتجارة فإن الأشخاص العقلانيين أو وكلائهم سوف يقومون بالمقايضة التي يعتقدون أنها ستعود عليهم بالنفعة ، وسوف يستغلون جميع الفرص المتاحة لتحقيق ذلك ، علماً أنه يوجد توزيعات عديدة ممكنة من «درجة باريتو القصوى» حسب توزيع الدخل وتحديد التوزيع الذى يزيد الصالح الاجتماعى إلى الحد الأقصى ، وتحقيقه يتضمن مقايضات بين الخاسرين والرابحين من جهة ، والمعرفة بدالة المصلحة الاجتماعية وهذه الدالة تصف تفضيلات متخذ القرار بين مزيج من المنافع الفردية البديلة (Stokey and Zeckhauser 1978) .

أى كيف يقايض متخذ القرار مكاسب بعض الناس بخسائر آخرين ، فعلى سبيل المثال كيف تتأثر المصلحة الاجتماعية بتخصيص أقل للتعليم العام وتخصيص أكثر للمراكز الصحية لنوى الدخل المحدود ؟ تتطلب الإجابة على هذا السؤال مزج تفضيلات فردية لتكوين ترتيب المصالح للمجتمع ككل .

وقد برهن أرو (Arrow 1963) عدم إمكانية تطوير مثل هذه الدالة على المستوى الاجتماعى الشامل إلا أنه بالإمكان نظرياً أن تحقق الأسواق التنافسية «درجة باريتو القصوى» (Stokey and Zeckhauser 1978) . يقوم المستهلكون العقلانيون بمقايضات ذات منفعة متبادلة ، وترغم المنافسة المنتجين على البحث عن طرق إنتاجية ذات كفاءة عالية ، وعلى الاستجابة لتفضيلات المستهلكين . إلا أن الرعاية الطبية تنحرف عن بعض الخصائص الجوهرية للسوق المثالية ، إذ إن الشروط الأساسية للسوق التنافسية هى :

- ١- حرية الدخول إلى والخروج من السوق لكل من البائع والمشتري .
- ٢- وجود العديد من الباعة والمشتريين الذين هم على علم بالإمور بحيث لا يصل أى منهم إلى الحجم الذى يؤثر فيه منفرداً على سعر السوق .
- ٣- عدم وجود أى تواطؤ بين الباعة والمشتريين ، أى أنهم يتصرفون مستقلين . إلا أن العديد من أسواق الرعاية الطبية أصغر من أن تساند المنافسة ، وخاصة لخدمات الأخصائيين والمستشفيات ، وقد امتازت السوق تاريخياً بالأسعار التفاضيلية والتواطؤ (Kessel, 1958) وذلك بزعم حماية المستهلك ، وتمكين غير القادرين على



الدفع من الوصول إلى الخدمة . إن عدم تماثل المعلومات يضع المستهلك فى وضع غير مؤات إزاء مقدم الخدمة ، كما أن دخول مقدمى الخدمة محدود بصرامة بالتراخيص وتنظيم المهن والمرافق (Fueks 1972) .

إضافة إلى ذلك فقد بين روبنسون ولوفت (Robinson and Luft 1987,1988) أنه تحت تدابير مدفوعات المستشفيات الحالية ، يؤدي ازدياد المنافسة فى الواقع ، إلى ارتفاع الاسعار ، وخفض الكفاءة الإنتاجية لأن المستشفيات تتنافس على أساس آخر غير الاسعار كأن توفر كماليات أكثر لاجتذاب المرضى ، وأن تقدم طاقة خدمات طبية أكبر لجذب الأطباء للعمل لديها . تعتمد الكفاءة التخصيصية فى الرعاية الصحية على مساهمة الرعاية الطبية نحو صحة ومصلحة السكان ، وقد اقترح إيفانز وستودارت (Evans and Stoddart 1990) أن الرعاية الطبية قد تؤثر تأثيراً هامشياً سلبياً على الصحة ، بعد نقطة ما ، وذلك بسبب استنزاف الموارد التى كانت مكرسة لسلع وخدمات أخرى ، مثل التعليم والإسكان التى كانت بدورها قد تؤثر بإيجابية أكثر على الصحة . وكما سبق ذكره فى الفصل الثانى فإن هذا يثير أسئلة صعبة عن التقويم فيما يتعلق بتأثير الرعاية الطبية والاستثمارات الأخرى على الصحة والمصلحة الاجتماعية ، والتى بدأنابالتو فى تفهمها .

بسبب غموض وتعقيد الرعاية الطبية وأهميتها ، فقد طورت المجتمعات اليات محددة لاتخاذ قرارات التخصيص منها «الاحتياج» وهى فى المقام الأول الرابطة الأساسية للطريقة التنظيمية و«طلب المستهلك» وهى دعامة الطريقة المبنية على السوق .

### الاحتياج :

يعرف مهنيو الصحة (Bognanno and Bartlett 1971) الاحتياج على انه الأساس للمدخل التنظيمي لتخصيص موارد الرعاية الطبية . كما يمكن تعريف الاحتياج من منظور متعلق بالمرضى ، حيث ، يكون هناك احتياج عندما يتحسن الوضع الصحى لشخص ما من العلاج ولايتحسن بدون . ويمكن قياس هذا التحسن بمستوى صحة الشخص (Williams 1974) إذ مالم يعتبر مهنيو الصحة علاجاً ما ، ضرورياً وفعالاً ،

وكذلك يقرر المريض نتائجها فلا احتياج لهذا العلاج . فى حين أن هذه المفاهيم مفيدة لتحديد العناية التى يحتاجها المرضى ، إلا أن هناك مشكلات مفاهيمية وتطبيقية عسيرة فى استخدام هذا المدخل كأساس لتحصيل الموارد . **أولاً :** لا يوجد أساس موضوعى لترتيب الاحتياجات الصحية عليه ومقارنتها بالاحتياجات الأخرى للأفراد والمجموعات السكانية . **ثانياً :** حتى بهذا التعريف الحصرى ، يبدو أن الاحتياج لا يمكن إشباعه ، وبالتالي فلنزال بحاجة إلى التوزيع . فما أن جسد بعض الاحتياج ، حتى تحدد صناعة الرعاية الصحية أفقاً جديدة لم يسبق للطلب أن خاض بها . **ثالثاً :** العلاقة بين تقديم خدمات الرعاية الطبية وتخفيض الاحتياجات الصحية علاقة غير واضحة ، إن لم تكن معومة نهائياً (راجع الفصل الثالث نقاش مفصل حول هذه القضية) وابعاً : قد لاتستهلك الموارد الوفيرة لاسد «الاحتياج» حسب تعريف مهنى الصحة أو المؤسسات الحكومية لأن المجموعة السكانية لاتطلبها .

### طلب المستهلك :

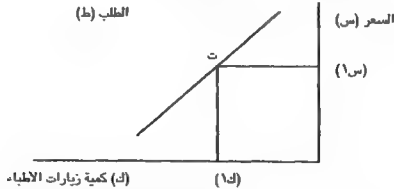
يعتبر طلب المستهلك (وهو ما يرغب المستهلكون فى شرائه ويستطيعون ذلك بأسعار اختيارية) وبعد - أيضاً - معياراً هاماً لتحصيل الموارد . والاحتياج ، هو كما يدركه المستهلك ، محدد رئيسى للطلب على الرعاية الصحية ، ولكنه ليس المحدد الوحيد . إذ يقارن المستهلكون (مفاهيمياً) المنفعة الهامشية مع التكلفة الهامشية المتعلقة بالاستغلال البديلة لمواردهم المالية والزمنية المحدودة ، ويتخذون قرارات تخصيص لمصلحتهم الخاصة . يمثل الشكل (٢-٤) الطلب كمنحنى الطلب الذى يعرض كميات السلع والخدمات من زيادات روتينية للطبيب على سبيل المثال (على المحور الأفقى) التى يرغب ويستطيع الشخص شراؤها بأسعار اختيارية (بديلة) (على المحور الرأسى) خلال فترة محددة من الوقت . ويفترض أن يكون المستهلكون على اطلاع جيد بالأسعار والخدمات ويسعون إلى اتخاذ الخيارات التى تزيد مصالحهم . تؤثر كوكبة من العوامل على وضع ومنحنى الطلب ، من هذه العوامل دخل المستهلك وأنواقه وتفضيلاته وأسعار السلع والخدمات الأخرى المتعلقة بها . وينحدر منحنى الطلب المنومجى لأنه :

(١) كلما انخفض السعر استطاع المستهلكون أن يشتروا كمية أكبر .

- (٢) تكون الخدمات أقل تكلفة نسبة إلى الخدمات الأخرى البديلة ، وهي الخدمات التي تؤدي إلى نفس النتيجة ، مثل : العمليات الجراحية في المستشفيات ، أو في العيادات الخارجية للمشكلات الصحية غير الخطيرة (البسيطة) .
- (٣) تنخفض قيمة الخدمة الهامشية للمستهلك باستهلاك خدمات أكثر في فترة زمنية محددة .

إذ يمثل منحني الطلب قيمة الخدمة الهامشية للمستهلك على مستويات اختيارية من الاستهلاك (ك) ويمثل سعر السوق (س) تكلفة الخدمة الهامشية للمستهلك . وبالإستهلاك على المستوى (ك١) الذي يوازي الاستهلاك الذي يتقاطع فيه السعر (س١) مع منحني الطلب (النقطة ت) يزيد المستهلك فيه مصلحته إلى الحد الأقصى . أما زيارات الأطباء التي تتعدى (ك١) بالسعر (س١) فإن التكلفة الهامشية تكون أعظم من المنفعة الهامشية مما يجعل المستهلك أسوأ حالاً .

الشكل (٢-٤) منحني الطلب الفردي :



إن طلب السوق ماهو إلا تجميع للطلب الفردي للمساهمين في السوق . ومع أن الطلب هو مفهوم فردي ويعتمد على السلوك الفردي ، إلا أن تجميع الأفراد هو الذي يخلق الأسواق ، ويتم بعد ذلك تحديد أسعار وكميات السلع والخدمات من خلال عملية العرض والطلب في الأسواق . ويمثل العرض في الأسواق التنافسية كمية السلع والخدمات التي يرغب العارضون في بيعها بأسعار متفاوتة خلال فترة محددة من

الزمن (الشكل ٣-٤) ، ويكون المنحني إيجابياً أى يميل إلى الأعلى بمعنى أن عرض كميات أكبر يكون بأسعار أعلى ، ويعتمد موقع منحني العرض على التقنية (القدرة على تحويل المدخلات إلى منتجات) وعلى أسعار المدخلات مثل : الرواتب والأجور ، وعلى أهداف العارضين ، أى ما إذا كانوا يهدفون إلى تعظيم الأرباح أو الخدمات أو مزيج منهما . فعلى سبيل المثال رفعت الابتكارات فى الإلكترونيات ، الإنتاجية بشكل ملحوظ ، وأدت إلى إمكانية عرض المنتجات بأسعار أقل ، مما ينقل منحني العرض إلى اليسار ، وبشكل مماثل فإن ازدياد المرتبات وتكاليف المدخلات الأخرى ، يتطلب أسعاراً أعلى لنفس عدد الوحدات المنتجة ، مما يؤدي إلى نقل منحني العرض إلى اليمين ، علماً بأن عرض السوق ما هو إلا مجموع العروض الفردية للمساهمين فى السوق .

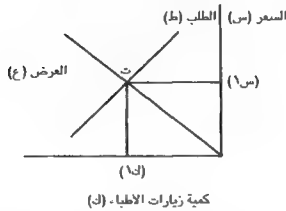
يحدد تقاطع عرض السوق والطلب التوازن (ت) وسعر السوق (س١) وكمية الخدمات (ك١) لفترة محددة من الزمن (الشكل ٤-٤) . ويمثل هذا النموذج الركيزة الأساسية لدخل السوق لإصلاح الرعاية الصحية . ومثل كل النماذج هو تبسيط للواقع ويجب على أى تطبيق أن يتفاعل مع الاختلاف بين النموذج وعالم الرعاية الصحية الحقيقى .

إلا أنه يفترض وجود خيارات للمستهلك ، وقوى تنظيم السوق الذاتية فى مثل هذا النموذج . وتوفر الأسواق التنافسية عامة آلية مرنة لحل المشكلات الاقتصادية الأساسية لما ينتج وكيفية إنتاجه ، ولأن ينتج ، وذلك من خلال التقليل السريع للمتغيرات فى خيارات المستهلك ، والرواتب ، ونُدرة الموارد ، والتقنية . ويبدو أن المستهلك هو الحكم الأول والآخر لاحتياجاته ورغباته من السلع ، وأيضاً للرعاية الطبية الروتينية ، وذلك بالنسبة للاستخدامات الأخرى لموارده . وتحت ظروف السوق التنافسية فإن المنتجين الذين يفشلون فى التجاوب لطلب المستهلك ، أو الذين يعرضون أسعاراً فوق معدل السوق ، أو الذين يستخدمون وسائل إنتاجية عديمة الكفاءة ينتهون إلى الخروج من السوق ، ويحصل المستهلكون فردياً الموارد لتعظيم صالحتهم ، مما يدفع بالنظام نحو «درجة باريتو القصوى» من تخصيص الموارد .

### الشكل (٣-٤) منحنى العرض الفردي :



### الشكل (٤-٤) العرض والطلب في السوق :



لا ينطبق هذا النموذج تماماً على الرعاية الطبية كما أشير إلى ذلك سابقاً ، وذلك بسبب عدة محدوديات في طبيعة السوق الأساسية . إذ يوجد خارجيات هامة (والخارجيات هي الحالات التي يؤثر استهلاك أو إنتاج شخص ما على صالحي شخص آخر) . فعلى سبيل المثال فإن الشخص الذي يحصل على التحصين ضد الأمراض المعدية يقدم منفعة لآخرين بالحد من احتمال انتقال العدوى إليهم منه . ومع ذلك تميل الأسواق الخاصة إلى التقليل من الاستثمار في مثل هذه الخدمات ، لأن المنفعة العائدة لأشخاص آخرين لا تدمج مباشرة في طلب السوق من الذين يبحثون عن الخدمات الطبية . وكذلك يبدو أن الناس لا يهتمون بإمكانية الآخرين في الوصول إلى الرعاية الطبية الأساسية . وبالتالي فهم ينتفعون عندما ينال آخرون الرعاية التي ما

كانوا سينالونها أصلاً ، إلا أن السوق وحدها لا تملك إمكانية التعبير عن هذه القيمة أو المنفعة إلى النتائج المرجوة . المشكلة الأخرى في سوق الرعاية الطبية الخاصة هو عدم وجود الاستقلالية بين العرض والطلب ، وهو ما يدعى بالطلب الذى يستميله العارضون ، إذ إن مصالح مقدم الرعاية قد تؤثر على طلب المستهلكين بسبب التباين الكبير فى المعلومات بين مقدم الخدمة والمستهلك ، وكذلك بسبب أن جهة ثالثة غالباً ما تدفع لجزء كبير من تكاليف الخدمة المقدمة (Reinhardt 1987) ، لذا فإن مقدم الخدمة الذى يكون له عامة مصالح مالية - يؤثر تأثيراً ملموساً على طلب المستهلك ، وبذلك يقلل الدور المستقل لخيار المستهلك فى سوق خدمات الرعاية الطبية . وتفشل السوق فى الوصول إلى التخصيص بسبب هذه المشكلات إضافة إلى عناصر احتكارية أخرى مثل عدم حرية الدخول أو الخروج من السوق للمنتجين ، واتفاق المنتجين على تحديد الأسعار ، كما أن التوزيع المتاح للدخول قد يستثنى بعض المجموعات من الرعاية الطبية .

يبين أن جميع المجتمعات الحديثة تتقبل محدوديات السوق الخاص والإستراتيجيات التنظيمية فى تحقيق الكفاءة ، فالمشكلة هى فى كمية الموازنة والتنسيق بين أنوار القوى الحكومية والقوى الخاصة ، إذ تتدخل الحكومات مباشرة فى تمويل وتقديم خدمات الرعاية الطبية لمواطنيها . وتتفاوت درجات هذا التدخل من تقديم غالبية الخدمات مباشرة ، إلى توفير التأمين لأكثر السكان عرضة للمرض ، وذلك ضمن بيئة نظام رعاية طبية خاص ، ومع هذه المشكلات فقد اختارت الدول آليات مختلفة لاتخاذ قرارات تخصيص موارد الرعاية الطبية . وسيتم توضيح هذه الآليات بالإشارة إلى الولايات المتحدة ودول غربية أخرى وبيان وضعها على طول سلسلة مستمرة ، للدرجة التى تحكم فيها قوى السوق هذه القرارات .

### دور الحوافز والضوابط :

#### سلسلة استمرارية السوق :

لقد أشار أندرسون (Anderson 1989,19) إلى أن الدول المتقدمة تتفاوت على طول سلسلة مستمرة (Continuum) من تضئيل السوق (على اليمين) إلى تعظيم السوق (على اليسار) فى تنظيم وتحويل قطاعات الرعاية الطبية فيها ، فكلما زادت موافقة الشخص

على موقع نحو الطرف الأيسر في السلسلة زاد تفضيله للتأمين الخاص الذى يغطي جميع ظروف الطوارئ ، بما فيها التكاليف غير المتوقعة للخدمات الصحية الشخصية .

وعند الاقتراب من موقع في الطرف الأيمن من السلسلة يؤيد الشخص الخدمات الصحية المملوكة للدولة ، والتي تمولها وتدفع مرتبات منسوبيها من الدخل العام . وعلى الطرف الأيسر من السلسلة الاستمرارية فإنه على الأرجح أن يعيل إلى التعويض النقدي عن الخدمات الصحية ، والضوابط المالية على المرضى . ويعتبر هذا المنظور ، مقدمي الرعاية كباية مستقلين للخدمات الصحية ، إذ إن المرضى - إذا جاز التعبير - يستأجرون الأطباء لتبديد احتياجاتهم من الرعاية ، وعلى الطرف الأيمن من السلسلة المستمرة ، حيث تقع الخدمة الصحية ، بالغة التنظيم ، وتملكها الدولة بالكامل ، لا يوجد رسوم على المريض في وقت حصوله على الرعاية . إذ إن الرسوم آنذاك مهما كانت ضئيلة ستعتبر حاجزاً غير مرغوب فيه للوصول إلى الخدمات الوقائية والتشخيص المبكر والعلاج ، وفي أقصى الطرف الأيسر يفترض أن يعرف المرضى مصلحتهم الشخصية بحيث لا تثبطهم الرسوم عند الحصول على الخدمة .

يعرض الجدول (٤-١) بيانات عن دور القطاع العام في توفير التأمين الصحي ومدفوعات خدمات الرعاية الطبية حسب البلد .

وتمثل المملكة المتحدة تقليدياً أقصى التضئيل للسوق ، حيث يوجد هناك خدمة صحية وطنية ، والمستشفيات المملوكة للدولة ، والتوظيف المباشر لأطباء وممرضى المستشفيات والقوى العاملة الصحية الأخرى ، إضافة إلى الضبط المركزى الميزانية ، فيما يتمثل الطرف الآخر ، الذى يعظم السوق إلى الحد الأقصى في الولايات المتحدة الأمريكية ، حيث تكون غالبية المستشفيات خاصة ، وكذلك الأطباء والقوى العاملة الصحية ، وحيث يغطي التأمين الصحي الخاص غالبية السكان ، وتمثل المدفوعات الخاصة من المرضى (٢٠٪) من المصروفات على الرعاية الطبية ، إضافة إلى وجود كم هائل من الدافعين بدون أى تنسيق في المدفوعات .

ويقع في منتصف الطريق إلا أنه يعيل نحو الطرف الذى يضم السوق ، البلاد الإسكندنافية وفرنسا ، في حين تقع دول أخرى في منتصف الطريق أيضاً إلا أنها تميل نحو آلية السوق ، ولكن إلى اليمين من الولايات المتحدة ، مثل : أستراليا وكندا وألمانيا وسويسرا واليابان .

فيما تسعى جميع الدول إلى تحقيق الإنصاف والكفاءة وضبط الأسعار بصفة عامة في قطاعاتها الصحية ، إلا أن لكل بلد منهجها الخاص في التعامل مع هذه القضايا الاقتصادية والاجتماعية الأساسية ، وتميل النظم التي تضلل السوق إلى الاعتماد أكثر على المراقبة الحكومية المباشرة ، أو شبه الحكومية ، للحصول على النتائج المرجوة ، فيما يعتمد السبيل الذي يعظم السوق على السوق الخاصة لتخصيص الموارد ، ويستخدم الحكومة للقيام بأعباء الشريحة السكانية الأكثر عرضة للمرض فقط . وتشير قوة الحجة إلى أن الولايات المتحدة الأمريكية بنظامها المبني على السوق قد فشلت في تحقيق الإنصاف أو ضبط الأسعار وقد تكون أقل كفاءة من حيث النتائج الصحية المحققة مقابل الاستثمار المبذول

(Organization for Economic Cooperation and Development)

#### الجدول (١-٤) : التغطية العامة مقابل تكلفة الرعاية الطبية ومتوسط النسبة

##### المقوية من المرفوع بالتأمين العام ، بلدان مختارة ١٩٩٠ م .

البلد	الرعاية في المستشفى	الرعاية في العيادات الخارجية	نسبة السكان الذين لديهم تغطية عامة	نسبة التكاليف المدفوعة بالتأمين العام	الرعاية في العيادات الخارجية
المملكة المتحدة	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	٨٨
فنلندا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٨٢	٧٢
النرويج	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	-
السويد	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٠
فرنسا	٩٩	٩٨	٩٨	٩١	٦٠
إسبانيا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٧٨	٥٨
كندا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩١	٧٢
ألمانيا	٩٢	٩٢	٩٢	٩٨	٩٢
سويسرا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٧٩
اليابان	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٣	٨٥
الولايات المتحدة	٤٤	٤٤	٤٤	٥٥	٥٦

المصدر بيانات الصحة ١٩٩٠م (OECD) .



على الجانب الإيجابي ، فقد يستفيد مرضى الولايات المتحدة من التقدم التقني وانتشاره السريعين ونظم تقديم الرعاية وتمويلها المبتكرة ، والتقدم في بحوث فعالية الرعاية الطبية (Enthoven 1990) . ويعتمد أسلوب كل بلد في تقديم الرعاية الصحية على تقاليدها وتاريخها ووضعها السياسي ، وفيما تستخدم كل دولة تجارب الأخرى كنقطة مرجعية لأدائها ، ولاقتباس أفكار يمكن تطبيقها لديها إلا أنه لا يوجد نموذج ذا كفاءة شاملة (Swint 1970) .

### سلسلة استمرارية الإدارة الموجهة :

من الفروقات الهامة بين النظام المتجه إلى السوق في الولايات المتحدة والنظم في البلاد المتقدمة الأخرى ، ما يتمثل في أسلوب ضبط التكاليف وتحصيص الموارد ، ففي الولايات المتحدة تصنف الأسلوب بأنه إدارة دقيقة (Micromanagement) بالتباين بالإدارة واسعة النطاق (Macromanagement) المتبعة في الدول الأخرى (Reinhardt 1990) . تميل الإدارة الدقيقة إلى الاعتماد على الحوافز مثل : الدفعات الملزمة للمستهلكين ، والدفعات المقطوعة (Capitation) لمقدمي الخدمة وذلك في خطط تقديم الرعاية الصحية التنافسية ، فيما تعتمد الإدارة واسعة النطاق على ضوابط مثل : جدول الرسوم والميزانيات الشاملة والحد من انتشار التقنية ، للوصول إلى أهداف النظام الصحي . بما أن نظام المدفوعات ، وتقديم الرعاية المبني على السوق في الولايات المتحدة لامركزي للغاية . يتم التأكيد على التأثير في سلوك مقدمي الخدمة والمرضى بشكل فوري ، وذلك بمزيج من الحوافز والضوابط . لذا فهناك أساليب معقدة لمراجعة ومعاينة الاستخدام وتدقيق ومراقبة الرسوم الفردية والتعاقد الانتقائي ، والدفعات الفردية المقطوعة لمقدمي الخدمة ، والآن أيضاً أدلة الممارسة . أما بالنسبة للمرضى فهناك الدفعات المتقطعة ، (Deductibles) والتأمين الإضافي ، (Coinsurance) والحدود على التغطية ، وصفوف الانتظار الطويلة للمواعيد ، والحدود على اختيار مقدم الخدمة . ومتطلبات المشاركة في إجراءات مراجعة الاستخدام . ويتم إدخال المنافسة من خلال مجموعة من خيارات البرامج الصحية لمن يشملهم التأمين الخاص والعام . ومن نتائج الإدارة الدقيقة ، التكاليف الإدارية الباهظة : إذ تشير إحدى التقديرات إلى كونها تمثل

(٢٤٪) من تكاليف الرعاية الصحية في الولايات المتحدة مقابل (١١٪) في كندا (Wool- handler and Himmelstein 1991). يتم تبسيط الإدارة في كندا وأوربية بوجود مصدر واحد أو مصادر قليلة للمدفوعات ولجموعات النظم . وبوجود ميزانية شاملة للمستشفيات وجدول ثابت للرسوم ، لا يوجد حاجة للرقابة الصيقة لسلوك مقدمي الرعاية . أما ركيزة الإدارة واسعة النطاق فهي الحد من مصادر المدفوعات والتحكم في المبالغ المدفوعة ، ويشمل هذا ، التخطيط الإقليمي (المحلى) للحد من أعداد المنشآت وضمان التوزيع العادل لها ، وبذلك يوفر القيود التي يعمل من خلالها مقدمو الخدمة . وينتج عن هذا النظام صفوف انتظار للإجراءات ، والمعدات مرتفعة التقنية والمكلفة ، مما يرغب الأطباء على توزيع الخدمات وفق حاجة الحالات وخطورتها ، وقد وصف إيفانز (Evans 1986,602) المواقف الأساسية لمقدمي الخدمة في الولايات المتحدة وكندا نحو استخدام الموارد والإجراءات على أنها «عند الشك استخدم» عوضاً عن «عند الشك لا تستخدم» .

### أساليب الدفع :

توفر الأساليب البديلة للدفع للأطباء والمستشفيات حوافز مختلفة فيما يتعلق بالكفاءة (D'Intignano 1990) . إذ تعمل في الولايات المتحدة أساليب متعددة مختلفة للمدفوعات ومصادرهما في أن واحد ، في حين يعمل لدى البلاد الأخرى أسلوب رئيسي للمدفوعات تعويض المستشفيات والأطباء من خلال قنوات قليلة مقارنة بالمصادر المتعددة للمدفوعات في الولايات المتحدة (Reinhardt 1990) . فعلى سبيل المثال يتم الدفع للأطباء من خلال وكالات محلية وعلى مستوى الولاية وكذلك فدرالية ، ومن قبل ما يزيد على ١٥٠٠ مؤسسة تأمينية ، وأيضاً بمدفوعات مباشرة من المرضى . وتشمل أساليب الدفع ما يلي : الرسوم مقابل الخدمة ، والرواتب والدفعات الفردية المقطوعة ، ولا يقيد النظام كل هذه الأساليب . وقد هيمن نظام الرسوم مقابل الخدمة المبني على الرسوم المعتادة والمألوفة ، وفيما يوفر الحوافز الإنتاجية المرتفعة إلا أنه يؤدي إلى التضخم والتوسع في استخدام الإجراءات ذات المنفعة الهامشية المنخفضة مقابل التكلفة (Mol- oney and Rogers 1979) .

لقد اعتمدت كندا وألمانيا على نظام الرسوم مقابل الخدمة أيضاً ، إلا أن الرسوم مضبوطة بصرامة ومحددة . ولجابهة مشكلة توسع حجم الخدمة ، طورت ألمانيا نظام الرسوم المستقبلية الشاملة ، الذى يحدد القيمة المالية لكل من نقاط القيمة النسبية استعدائياً ، وذلك بتقسيم ميزانية الأطباء الشاملة على العدد الكلى لنقاط القيمة النسبية (ناتج عدد الخدمات والقيمة النسبية لكل خدمة) التى سجلها الأطباء فى البيانات الحسابية خلال فترة محددة . ولا يسمح لهذه الميزانية بالنمو إلا على معدل نمو الدخل فى الاقتصاد الوطنى ، وهكذا إذا توسع حجم الخدمات أكثر من اللازم فإن سعر الوحدة يخفض حتى تبقى المصروفات الكلية ضمن حدود النمو . وقد أدى هذا الأسلوب بألمانيا إلى تثبيت مصروفات الرعاية الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلى الخام (G.D.P.) .

من الأساليب الرئيسية للدفع لخدمات المستشفى أسلوب السعر اليومى ، والميزانيات الشاملة ، والمدفوعات المسبقة بالمجموعات المرتبطة بالتشخيص (DRG) والمدفوعات المسبقة ، حيث يوفر كل أسلوب حوافز مالية مختلفة للمستشفيات وله مضامينه المختلفة للكفاءة (Dowping 1974) . يستخدم نظام الولايات المتحدة الصحى التعددى جميع هذه الأساليب ، مع أنه يدفع للمستشفيات تقليدياً المعدلات اليومية بالإضافة لرسوم للخدمات المساندة الأخرى - وقد تم تحديد هذه الأسعار على أساس التكلفة مع أن العون الترافعى للمرضى والخدمات كان شائعاً حتى اتخذ ممولو الرعاية إجراءات صارمة للحد من هذه الظاهرة وتوسعة المنافسة .

ومرة أخرى قاد برنامج ميكير الفدرالى طريق إصلاح مدفوعات المستشفيات بتطبيق نظام المدفوعات المستقبلية فى عام ١٩٨٣ م ، وقد تم تصميم هذا النظام بحيث يدفع مبلغ محدد ، لكل من أحداث الرعاية فى المستشفيات ، المحددة بوحدة من ٤٨٣ مجموعة تشخيصية . ويوفر هذا النظام حوافز للمستشفيات لتشجيع الأطباء على تقصير فترة الإقامة فى المستشفى ، ولتقديم خدمات الرعاية بكفاءة أكبر ، وذلك بسبب تمكن كل مستشفى من الاحتفاظ بأى فائض من المدفوعات فوق التكلفة ، ولإعادة الحوافز الدافعة إلى إدخال مرضى أكثر ، إلى المستشفى ، وتقديم خدمات أقل مما ينبغى ، وإخراج المرضى أسرع مما يجب ، كان على منظمات معاينة النظير (Peer Review Organization) مراقبة ضرورة الإدخال إلى المستشفى وكفاية الرعاية المقدمة .

وقد تم الحكم على نظام المدفوعات المسبقة بالنجاح في احتواء تكاليف المستشفى ضمن نظام مديكير عامة ويئون إلحاق الأذى بالمرضى على الرغم من صعوبة إثبات ذلك بطريقة حاسمة (Kahn et al. 1990; Russell 1989). ومن ناحية أخرى فإن إحدى نتائج هذا النظام (P.P.S.) التوسع السريع في خدمات العيادات الخارجية بالمستشفيات والرعاية المنزلية ورعاية المدى الطويل ، وبالإمكان معالجة ذلك جزئياً بالمقترح الجديد الداعي إلى تجميع خدمات العيادات الخارجية بالمستشفى إلى ٢٩٧ مجموعة إسعافية ، تدفع الحكومة عن كل منها مبلغاً مقطوعاً (Pear 1991) .

ومع أن المستشفيات حققت أرباحاً مبدئية تحت نظام المدفوعات المستقبلية ، إلا أن القيود اللاحقة على ازدياد المدفوعات تركتها بالهامش التشغيلي الحالي قرابة الصفر (Aaron 1991; American Hospital Association 1993) .

وقد بين شوارتز ومندلسون (Schwartz and Mendelson 1991) أن إستراتيجيات احتواء تكاليف المستشفيات في الثمانينيات ، بما فيها نظام المدفوعات المستقبلية ، لم تؤثر على الارتفاع الأساسي في تكاليف المستشفى في الولايات المتحدة الأمريكية ، إذ قد عادل التخفيضات في معدل نمو مصروفات مديكير ارتفاع الإنفاق في غير مديكير .

### التخطيط وضبط الرموم :

تتخذ كندا ميزانيات شاملة للمستشفيات ، وتخطيط صحي محلي ، لضبط تكاليف الرعاية في المستشفى وانتشار التقنية الطبية . وتمول المستشفيات في ألمانيا بواسطة رسوم شاملة يتم التفاوض على مقدارها بين المستشفيات واتحادات صناديق المرضى المحلية (Johnsen 1990) . وتخضع هذه الأسعار لموافقة الدولة التي تجيز أيضاً وتدفع لإنفاق الرأسمالي وفق تخطيط شامل للمستشفيات . ويمتاز النظام الكندي عن النظام الأمريكي بوجود استخدام مرتفع لأيام التنويم في المستشفى مع تقييد الإجراءات الجراحية والتشخيصية مرتفعة التكلفة .

لذا يشكو النظام من ظاهرة «فساد الأسرة» حيث يقضى المسنون الذين لا تتطلب حالاتهم الرعاية المكثفة المتوفرة في المستشفى ، فترات إقامة تتراوح من ٥٠ إلى ٦٠

يوماً ، ويبدو أن تجربة ألمانيا معاملة لكندا ، بل أن معدلات استخدام خدمات التنويم أعلى في ألمانيا منها في كندا (انظر الجدول ٢-٤) . انخفضت أعداد أيام أسرة المستشفى للشخص في العام في الولايات المتحدة من (٢.٣) في ١٩٧٠ إلى (١.٣) في ١٩٨٩م ، فيما استمرت كندا ثابتة على حوالي (٢.٠) ، وكانت ألمانيا مستقرة على (٢.٥) ، كما انخفض أيضاً متوسط طول الإقامة في مستشفيات الولايات المتحدة منذ ١٩٧٠م وانخفض المتوسط في ألمانيا من (٢٤.٩) في ١٩٧٠م إلى (١٦.٢) في ١٩٨٩م على نقيض كندا التي ارتفع فيها من (١١.٥) في ١٩٧٠م إلى (١٣.٢) في ١٩٨٧م .

أدت القيود على الإنفاق في كندا إلى ظهور صفوف الانتظار الطويلة ، فعلى سبيل المثال ، خلال خريف عام ١٩٩٠م في أونتاريو ، أعلن على الأقل (٩٠٪) من البرامج التي تقدم خدمات كل من الأشعة المقطعية (CAI) ، وتصوير الرنين المغناطيسي (MRI) ، وجراحة أوعية القلب ، وجراحة العين ، وجراحة العظام وتقنيات حصى الكلى ، عن وجود صفوف انتظار للحالات الاختيارية ، وأعلن على الأقل (٢٠٪) من هذه البرامج عن وجود صفوف انتظار للحالات العاجلة (التي تشمل حالات طبية خطيرة) ، وأعلنت برامج تصوير الرنين المغناطيسي وتقنيات حصى الكلى فقط عن وجود صفوف انتظار لحالات طارئة (الحالات التي تهدد الحياة) (General Accounting, 1991) .

مع أن جميع البلاد الثلاث شهدت نمواً سنوياً مريحاً في مصروفات الرعاية الصحية للشخص الواحد بنحو (١٠٪) في السنة ، إلا أن كلا من كندا وألمانيا كانتا أكثر نجاحاً في ضبط تكاليف الرعاية الصحية من الولايات المتحدة .

فقد نمت نسبة الناتج المحلي المصروفة على الرعاية الصحية من (٧.٤) إلى (١٢.٤٪) خلال الفترة من ١٩٧٠م إلى ١٩٩٠م في الولايات المتحدة بالمقارنة لنمو من (٧.١) إلى (٩.٠) لكندا ومن (٥.٩) إلى (٨.١) لألمانيا . وخلال الفترة ذاتها ارتفعت مصروفات الرعاية الصحية للشخص من ٢٤٦ دولاراً إلى ٢٥٦٦ دولاراً في كندا ، ومن ١٧٩ دولاراً إلى ١٨٩٩ دولاراً في ألمانيا ، وتسود أنماط معاكسة للرعاية في المستشفى (انظر الجدول ٢-٤) . إن وجود مصدر مهيمن للمدفوعات قادر على تجميد الميزانية لفترة محددة من الوقت ، هو مفتاح ضبط التكاليف في هذه النظم ذات النمط الإداري

واسع النطاق . ويرتبط النمو في الميزانية عامة بالنمو في الاقتصاد العام ، وهكذا تعتمد النظم الكندية والألمانية على ضبط الأموال المتاحة للأطباء ومقدمي خدمة المستشفيات عوضاً عن الاعتماد على خليط من حوافز السوق ، والضوابط الموجودة في الولايات المتحدة .

يصر الكثيرون أنه بالنظر إلى أداء النظامين الكندي والألماني ، من الحكمة أن تحنو الولايات المتحدة نهجاً مماثلاً من الضبط واسع النطاق ، وأن تتخلى عن محاولات تطوير نظام كفاء مبنى على مفاهيم السوق (General Accounting Office 1991) . مع أن الاعتمادات الشاملة قد تخفض الإنفاق ، إلا أنها لا تؤدي بالضرورة إلى كفاءة تخصيصية أعظم ولا إلى كفاءة إنتاجية أعظم ، فقد تنتج حوافز معاكسة لكل من التحصيل والإنتاج خلال عملية ضبط التكاليف الكلية . إذ فقط تضغط المستشفيات على الأطباء لشغل أسرته حتى تبرر استمرار التوسع في اعتماد المستشفى ، وقد تتلصق سبل مبتكرة أكثر كفاءة لتقديم الرعاية خارج المستشفى بسبب عدم وجود الحوافز لتطوير خدمات جديدة .

#### الجدول (٢-٤) : استخدامات الرعاية الصحية التنويمية : بلدان مختارة ١٩٧٠-

١٩٨٩ م .

أيام أسرة المستشفى		معدلات دخول المستشفى		متوسط طول الإقامة		عدد زيارات الأطباء		للشخص في السنة		(نسبة السكان في السنة)		في المستشفيات		والاستشارات للفرد	
السنة	أمريكا	كندا	ألمانيا	أمريكا	كندا	ألمانيا	أمريكا	كندا	ألمانيا	أمريكا	كندا	ألمانيا	أمريكا	كندا	ألمانيا
١٩٧٠	٢,٣	٢,٠	٢,٦	١٥,٥	١٦,٥	١٦,٥	١٤,٩	١١,٥	٢٤,٩	٤,٦	-	-	-	-	-
١٩٧٥	١,٩	٢,٠	٢,٦	١٦,٧	١٦,٦	١٦,٩	١١,٤	١١,٢	٢٢,٢	٥,١	٤,٩	١٠,٩	-	-	-
١٩٨٠	١,٧	٢,١	٢,٦	١٧,١	١٥,١	١٨,٨	١٠,٠	١٢,٩	١٩,٧	٤,٨	٥,٤	١١,٥	-	-	-
١٩٨٥	١,٤	٢,١	٢,٥	١٥,٢	١٤,٨	١٩,٩	٩,٢	١٣,٤	١٨,٠	٥,٢	٦,٧	-	-	-	-
١٩٨٧	١,٢	٢,١	٢,٥	١٤,١	١٤,٧	٢١,١	٩,٣	١٣,٢	١٧,١	٥,٣	٦,٦	-	-	-	-
١٩٨٩	١,٣	٢,٠	٢,٤	١٣,٧	-	٢١,٥	-	-	١٦,٢	٥,٣	-	-	-	-	-

المصدر : OECD Health Data 1991

### الجدول (٤-٣) : إتفاق الرعاية الصحية : بلدان مختارة ١٩٧٠ - ١٩٩٠ م .

مصرفوات الرعاية الصحية			مصرفوات الرعاية الصحية			مصرفوات الرعاية الصحية		
مكتسبة من الناتج المحلي			الفرد بالدولار			بالدولار		
السنة	أمريكا	كندا	ألمانيا	أمريكا	كندا	ألمانيا	أمريكا	كندا
١٩٧٠	٧,٤	٧,١	٥,٩	٣٤٦	٢٧٩	١٧٩	١٥٣	١٤٦
١٩٧٥	٨,٤	٧,٢	٨,١	٥٩٧	٥٢٩	٥٤٩	٢٧٧	٢٨٦
١٩٨٠	٩,٣	٧,٤	٨,٤	١٠٦٣	٨٠٦	١١٠٦	٥٢٠	٤٢٤
١٩٨٥	١٠,٧	٨,٥	٨,٧	١٧١١	١١٧١	٨٨٣	٨١٩	٥٩٤
١٩٩٠	١٧,٤	٩,٠	٨,١	٢٥٦٦	١٩٣٣	١٨٩٩	١١٩١	-

المصدر : OECD Health Data 1991 .

### إدارة التنافس :

اقترح أنتوفن وكرونك (Enthoven and Kronick 1989) تطوير التنافس المدار كمنهج لتحصيل موارد الرعاية الطبية وضبط التكاليف ضمن بيئة النظام المبني على السوق ، يرتكز هذا الأسلوب على حوافز السوق لحث الخطط الصحية ومقدم الرعاية على الكفاءة ، وأن يكونوا سريعى الاستجابة لرغبات واحتياجات المستهلك . كما يراقب ويدير التنافس بين البرامج الصحية فى الرعاية الصحية ، كل من أرباب العمل (ممولو التأمين الصحى فى القطاع الخاص) ومؤسسات حكومة الولاية (ممولو الرعاية الصحية فى القطاع العام) ، حيث يلعب أرباب العمل دورهم التقليدى فى التأمين الصحى ، وتلعب مؤسسة أو مؤسسات حكومية ، تحدد الولاية ، دور الوسط لأصحاب الأعمال الحرة ولأن يختار التأمين الصحى من خلال ممول حكومى . وتوفر تبرعات محدودة (مع قيود على حجمها من الضرائب) من الممولين حوافز الخيارات واعية بالتكلفة من المستهلكين ، ثم تطبيق أجزاء هذا الأسلوب بدرجات متفاوتة ، خاصة خلال الثمانينيات . نمت البرامج الصحية المتنافسة مثل : منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) ، ومنظمات مقدم الرعاية المفضل (PPO) ، وبرايم نقاط الخدمة والبرامج التى تقدم ترتيبات مقدم الخدمة الحصرى نمواً سريعاً مسجلة بين ٥٠ إلى ٦٠ مليون مشترك فى بداية ١٩٩٠م ، منهم ٣٥ مليون شخص فى ٥٩١ منظمة للحفاظ على الصحة

(HMO) (Health Insurance Association of America 1990). طورت مديكير نظاماً لعقود المجازفة تسجل من خلال الآن مليون مشترك في منظمات الحفاظ على الصحة ، والنظم البديلة الأخرى لتقديم الرعاية الصحية . وتغيرت برامج مديكير في عدة ولايات إلى المزايدة التنافسية ، والخيار المحدود ، للسكان المؤهلين لتغطيتها (Freund et al 1989) ، وارتفع اشتراك مديكير في منظمات الحفاظ على الصحة من ٢٨٢,٠٠٠ شخص في عام ١٩٨١م إلى ٩٤٧,٠٠٠ في عام ١٩٨٧م .

يؤكد النقاد أن الجهود المبذولة لضبط التكاليف من خلال التنافس في الرعاية الصحية قد فشلت ، فلم تضبط التكاليف ولم ينل أرباب العمل أي انخار من هذه الإستراتيجية بل وجد ارتباط بين اشتداد التنافس ، وارتفاع الأسعار (Bobinson and Lutz 1985, 1987, 1988) ، ويشير أرون (Aaron 1991) إلى أن التغيرات التزايدية مثل : زيادة التنافس ، لن تحل المشكلة لأنها لا تنكب على الأسباب الجوهرية لتضخم الأسعار ، وهي التطور السريع لأساليب علاجية وتشخيصية حديثة . وتوفر تجربة كاليفورنيا الدليل الموازي لذلك ، وذلك بعد تطبيق القانون الذي سمح بالتعاقد الاختياري (Zwanzinger and Melnick 1988) قبل تطبيق القوانين الداعية إلى التنافس كان هناك ارتباط بين تكاليف المستشفى المرتفعة ، وازدياد التنافس ، أما بعد تطبيق هذه القوانين فكما هو متوقع فقد انخفضت تكاليف المستشفيات في الأسواق التنافسية ، ويدعي إنثوفن وكرونك أن تنافس الأسعار الحقيقي لم يطبق ، فإما أن أرباب العمل والحكومة لم يعرضوا خيارات متعددة للبرامج التأمينية ، أو أنهم دعموا كامل السعر تقريباً لبرامج «الخدمة مقابل الرسوم» التقليدية ، أو أنهم لم يسمحوا للموظفين والمستفيدين ، من الاحتفاظ بالادخار الذي حققوه عند اختيارهم برامج تأمينية أقل تكلفة .

وكانت النتيجة غالباً اختيار الموظفين الأكثر عرضة للمرض للبرامج التأمينية التقليدية ، وارتفاع أقساط التأمين المرافق لهذا الخيار غير المستقر أو ما يسمى (التسعير الظل) (وهو التسعير أقل من ولكن قريب من المنافسين) من قبل برامج تأمين منظمات الحفاظ على الصحة المنافسة ، وبهذا تكون المنافسة قد ساهمت في ارتفاع



التكاليف ، وذلك ليس بسبب عدم صلاحيتها في الرعاية الصحية ولكن لأنه لم يتم تطبيق وإدارة هذا التنافس كما ينبغي . لقد كان الإصلاح الصحي من القضايا الهامة في انتخابات الرئاسة السابقة في الولايات المتحدة الأمريكية ، ورغم تبني الرئيس كلنتون والحزب الديموقراطي للإصلاح الجذري إلا أنه قيموا البدائل خلال الأشهر الأولى من الرئاسة . ومن الخيارات البارزة ، (نظام ذو ممول واحد) على غرار النظام الكندي ونظام المنافسة المدارة مع حدود على الإنفاق . وكان هناك مواقف قوية وأنصار أقوىاء على طرفي النقاش ، ولا يمكن فض هذا النزاع تجريبياً على نطاق ضيق بون تطبيق وتقوم برنامج تأميني تنافسي محكم التخطيط على مستوى الولاية أو المستوى الإقليمي أو المستوى الوطني . يدعى بعض مناوئي التنافس أن النظام الاشتراكي أثبت وجوده في كندا وأوربي ، وأن تطبيق تجربة تنافسية ستؤجل المحتوم فقط ، وتكون تمريناً مطلقاً ، أما أنصار التنافس فيجادلون أن الحل الحكومي يتناقض مع تفضيل الأمريكيان للتدخل المحدود للحكومة ويواصلون تأكيد الكفاءة النظرية للسوق في تخصيص الموارد ، ويؤكدون كذلك أنه ما أن يتم تثبيت نظام حكومي ، يكون من الصعب سياسياً تغييره ، بينما إذا ثبت فشل أسلوب السوق فتمكّن الحرية الأساليب التي لا تعتمد على السوق بسهولة . وبالإمكان تقصي كل من بدائل السياسة والإدارة الصحية الدقيقة ، وتلك ذات النطاق الواسع بنماذج وأساليب اقتصادية ، وفيما يلي وصف لأساليب مختارة وكيفية إمكان تطبيقها على قضايا الرعاية الطبية .

### أساليب رئيسية لتقويم كفاءة الرعاية الطبية :

#### المستوى المجهز :

لقد طور علماء الاقتصاد نمونجاً نظرياً شاملاً لتكلفة الإنتاج وكفائه ، وهو نموذج معياري ويعبر عن كيفية تغير التكلفة الكلية ، ومتوسط التكلفة والتكلفة الهامشية لمنتج أو سلعة ما ، تحت مجموعة من الافتراضات تخص العلاقة بين المدخلات والمخرجات (الدالة الإنتاجية) ، وتكلفة المدخلات ، والتقنية . فعلى سبيل المثال تشمل مدخلات الرعاية الطبية في العيادات الخارجية وقت الطبيب والممرضة ، وقد تحدد المخرجات من مطلق الخدمات المقدمة ، أو أثرها على صحة المرضى . كما تشمل تكلفة المدخلات

دخل الطبيب والمرضة وأجور المبانى وتكلفة الإمدادات . وتعرف التقنية بتوسع ، على أنها المعلومات والأساليب المطلوبة لتحويل المدخلات إلى مخرجات . وتمثل دالة التكلفة ، أقل تكلفة يمكن الحصول عليها لمجموعات بديلة من المدخلات وحجم الوحدات المنتجة .

تحت الافتراضات العادية ، بالإمكان تحديد مزيج المدخلات الذي يقلل التكلفة لأي مستوى من الإنتاج ، ووحدة الإنتاج ، التي تقلل التكلفة (Byrns and Stone 1987) . وحتى عندما يتوفر للمنتجين التركيب «الصحيح» من المدخلات والحجم ، قد يفشلون في تحقيق المخرجات القصوى . وقد يكون ذلك بسبب الإدارة الضعيفة أو تحفيز العاملين المنخفض ، أو أى مشكلات فى الإنتاج غير المحددة وتعرف بـ«لاكفاءة  $X - In - x$ » (efficiency) . وتحصل لأكفاءة  $x$  عندما تنتج مؤسسات ما من المخرجات أقل من الحد الأقصى الممكن من الموارد المتاحة . وبالإمكان مفاهيمياً تطبيق دالات الإنتاج والتكلفة على أى إجراء إنتاجى ، إلا أنها أقل دقة فى المجالات التى يصعب فيها تحديد وقياس المخرجات . وقد تم تطبيق نماذج الإنتاج والتكلفة على خدمات الأطباء والمستشفيات والتأمين ، لتحديد الدرجة التى حققت فيها الكفاءة وكيفية إمكان تحسينها . ويعرض الفصل الخامس خلاصات لدراسات مختارة .

من أساليب تحليل الكفاءة المستخدمة بكثرة فى الرعاية الطبية تحليل فعالية التكلفة (Cost Effectiveness Analysis "CBA") ، وتحليل منفعة التكلفة (Cost - Benefit Antysis "CBA") (Drummond, Stoddert and Torrance 1987) . وتحليل فعالية التكلفة (CEA) هو تحليل منظومى لتأثير وتكلفة الأساليب والبرامج البديلة لتحقيق نفس الهدف ، مثل إنقاذ الأرواح والوقاية من المرض أو تقديم الخدمات الصحية . ويستخدم هذا التحليل عندما يكون التركيز على تحديد كفاءة الإنتاج ، ويقاس التأثير بوحدات نقدية . أما تحليل منفعة التكلفة (CBA) فهو تحليل منظومى لإسلوب أو برنامج ، أو أكثر لتحقيق هدف ما ، ويقاس كلاً من المنافع والتكلفة بوحدات نقدية ، وبإمكان هذا التحليل أن يحدد ما إذا كان برنامج ما ، جدير بالتطبيق ، من حيث كونه منفعة أعظم من تكلفته (كفاءة تحصيصية) ، فيما يقارن تحليل فعالية التكلفة (CEA) تكاليف البدائل لتحقيق هدف مشترك (كفاءة إنتاجية) بدون أن يحدد ما إذا كان الهدف نفسه جديراً بالتحقيق .

فعلى سبيل المثال ، ما هي تكلفة المسوحات السنوية ، والعلاج لأمراض الشبكية الناتجة عن مرض السكري للأشخاص في الولايات المتحدة ، وما هي الانذارات المرتبطة بهذه الإجراءات ؟ . يشير صافي المنفعة الإيجابي إلى الكفاءة التخصيصية . يكون المجتمع أسوأ حالاً ببنية المشاريع التي تفوق تكلفتها منفعتها ، ويكون أحسن حالاً بنسبة المشاريع التي تفوق منفعتها تكلفتها . ومع أنه ليس من العملي ترتيب جميع الاستخدامات المتنافسة على الموارد لتحقيق التخصيص الأمثل للموارد ، إلا أنه بالإمكان اعتبار المشاريع على أساس تزايدى . وبالإمكان استخدام تحليل فعالية التكلفة (CBA) كمكمل لتحليل منفعة التكلفة (CBA) وأيضاً كبديل عنها ، فعلى سبيل المثال ، لتقويم برنامج أمراض الشبكية ، أنف الذكر ، بالإمكان أولاً تحديد أكثر السبل كفاءة لإجراء المسح للمشكلة من التقنيات العديدة المتاحة لإجراء المسوحات ، ثم تدخل نتائج الكفاءة الإنتاجية هذه ، في تحليل منفعة للتصدي إلى مسألة التخصيص ، أى كم يجب على المجتمع أن يستثمر في مسح وعلاج أمراض الشبكية الناتج عن السكري إذا لزم الاستثمار ؟ أو الخيار الآخر قد يتم تقرير أن البرنامج قد لا ينتج منفعة اقتصادية صافية بسبب المجموعة السكانية المصابة ، بل ينتج منافع صحية ويجب مقارنته بالبرامج الأخرى من حيث تكلفة كل سنة حياة مضبوطة بالنوعية (Quality - Adjusted "QALY" Life Years) يضيفها البرنامج للمريض ، ومن ثم تقاس الفعالية بارتفاع عدد سنوات الحياة (QALY) وتقارن مع النشاطات الأخرى على أساس التكلفة لكل سنة من هذه السنوات ، وبهذا تقيم سنوات الحياة (مضبوطة بالنوعية) عوضاً عن القيمة النقدية ، حسب قيمة الفائدة ، أو كيف يشعر الناس نحو الوقت الذي يقضى في أوضاع صحية بديلة ، تتراوح من أوضاع يشعرون أنها أقرب من الموت إلى كونهم أصحاء تماماً (Torrance, Boyle, and Howard 1982) . فمثلاً قد يخصص لوضع تمام الصحة فائدة قدرها (١) ، وقد يخصص لحالة فقدان البصر قيمة (٠.٦) ، فلو استطاع شخص فى تمام الصحة إلا أنه كيف أن يتفادى فقدانه البصر لمدة سنة فيكون قد كسب (٤٪) سنة مضبوطة للنوعية (QALY) .

توسع استخدام تحليل منفعة التكلفة (CBA) ، وتحليل فعالية التكلفة (CEA) في السنوات الماضية بسعى الحكومة والصناعة إلى ضبط العجز في الميزانيات مع تحقيق

أهداف الخدمة والإنتاج . وقد استخدم تحليل منفعة التكلفة (CBA) أصلاً لتقويم التأثير الاقتصادي للاستثمارات العامة (Warner and Luce 1982) . يضيف التوسع في التمويل الحكومي لبحوث الفعالية الطبية ، والناتج ، وأدلة الممارسة الإكلينيكية (Agency for Health Care Policy and Research 1991) معلومات تشير إلى ضرورة إجراء المزيد من التقويم الاقتصادي لخدمات الرعاية الصحية . لقد شكلت وكالة سياسات وبحوث الرعاية الصحية (AHCPR) فرق بحوث نتائج المرضى لإجراء تقصيات واسعة للخدمات البديلة أو إجراءات تدبير حالات سريرية محددة (انظر الفصل الثالث) .

بالإمكان إدخال معلومات الفعالية إلى نماذج السياسات المصممة لدمج قضايا نوعية الحياة والحالة العملية للمريض والتكاليف ، وقد طور كابلان واندرسون مقياساً يدمج إطار المنافع الصحية وإطار الاستفادة بهدف تقويم برامج الرعاية الصحية . بالتحديد يدمج مقياسهم تقديرات النقاط الوقتية للدالة ، وتحول المستويات العملية للمريض على مر الزمن ، ومستويات منفعة الحالة الصحية ، والوفيات ، وتم تطبيقه على تقويم عدد من البرامج الوقائية والعلاجية ، وبدأ صانعو السياسات ، ممثلين ببرنامج أوريجون (The Oregon Program) بتطبيق هذا التوجه في التفكير إن لم يطبقوا المنهجيات بالضبط على تخصيص موارد الرعاية الصحية النادرة . حاول برنامج أوريجون ترتيب الخدمات الصحية وفق منافعها الكامنة مع تقييد هذه الخدمات بالاعتمادات الكلية المخصصة سياسياً ، بهذه الطريقة يمكن تغطية أشخاص أكثر بالخدمات الأساسية ، إلا أن بعض الخدمات التي يقرر أنها ذات قيمة أقل لن تقدم (Eddy 1991) . وقد رفضت الحكومة الفدرالية منح الموافقة على تطبيق برنامج أوريجون لأنه يخالف قانون «الأمريكان المعاقون» وأجارت إدارة كلنتون خطة معدلة منه .

استخدم بول فيلدستين (Paul Feldstein 1988) منهجية نوعية لتقويم الكفاءة التخصيصية في قطاع الرعاية الطبية . ويكون الركيزة لتقويمه الاقتصادي هذا ، تركيبة القيمة لاستقلالية المستهلك ، وكذلك المعيار الأقصى لصالح المستهلك ، ويتم فحص القطاعات المختلفة (مثل : التأمين والرعاية داخل المستشفى ورعاية الأطباء) من

حيث الدرجة التي يتناغم فيها السلوك الملاحظ مع التنبؤات المستوحاة من النموذج الاقتصادي الأساسى للسوق التنافسية ، فعلى سبيل المثال هل يجاهد المنتجون لتقليل تكلفة الإنتاج ؟ وهل يقاد خليط وجوده السلع والخدمات بخيارات المستهلك ؟ عند حدوث تعارضات فإنه يتم إعادة النظر فى الافتراضات الأساسية للنموذج التنافسى وتغييرها فى محاولة إيجاد تعليل أفضل للسلوك الملاحظ . ويجد فيلستين تشوهاً فى سوق التأمين والرعاية الصحية أدى إلى سوء تخصيص الموارد وإلى استخدام أساليب إنتاجية سيئة . بالإمكان مواجهة هذه المشكلات من خلال إصلاح السوق ، وهو إجراء بدأ فى الثمانينيات ولم يتم بعد . وقد غاير وليامز (Williams 1990) ذلك المنظور بإطار سياسى للقطاع العام ، يعنى كذلك بكفاءة الإنتاج ، إلا أنه فى هذا الإطار يتم تقدير الكفاءة التخصيصية من قبل جمهور الناخبين ، من حيث الدرجة التى يحسن بها نظام الرعاية الطبية وضع السكان الصحى بالنسبة للموارد المخصصة له ، ويتم تحديد الأولويات وفق التقديرات الاجتماعية للاحتياج . ويتمثل نظام تخصيص الموارد هذا بالخدمة الصحية الوطنية التى تم إصلاحها ، والمطبقة فى بريطانيا ، وقد لخص كواير ومينارد وبوسنيت (Culyer, Maynard, and Posnett 1990, 1) بعض عناصر هذا الإصلاح فيما يلى :

إن المبدأ الذى يتخلل جميع هذه التغييرات هو فصل وظيفة مشترى الرعاية ومقدمها ، وبهذا يتم خلق «شفافية» أعظم فى التبادل بحيث تكون الأسعار وحجم ونوعية الخدمات واضحة ومحددة . وبالإمكان جعل مقدم الرعاية أكثر عرضة للمحاسبة . ويكون أساس هذا ، مبدأ آخر وهو خلق موقف يكون فيه تقدير الحاجة أفضل ، على مستوى المجتمع ، ويتجاوب نظام تقديم الرعاية لهذه الحاجة المطروحة بكفاءة أكبر .

تم البدء فى إصلاح النظام البريطانى فى عام ١٩٨٩م ويمس ثلاثة عناصر أساسية من الخدمة الصحية الوطنية : خدمات المستشفيات وخدمات الأطباء العاملين ورعاية المجتمع . تحت النظام المستصلح تصبح عيادات المجموعة الكبيرة رؤساء المناطق هم القائمون على الاعتمادات المالية ، ويشترى الخدمات التشخيصية والعلاجية من مقدمى الرعاية المتنافسين من القطاع العام والخاص . ويكون القائمون على الاعتمادات مسئولين عن تقييم الاحتياجات الصحية فى مجتمعاتهم ، ووضع أولويات لهذه الاحتياجات ، والوفاء بها بأكثر السبل فعالية للتكلفة ، باستخدام مقدمى الخدمة من داخل مناطقهم أو من خارجها .

ويتم تحديد الاعتمادات باستخدام معادلة سكانية تأخذ الاحتياج فى الاعتبار ، وبهذا يعمل السوق الجديد فقط من ناحية العرض ، أما الطلب فلا يحدد هنا بما يرغب الناس ويقدرى على شرائه بل بتقديرات إدارية للاحتياج . طبقت الحكومة الفدرالية الأمريكية مؤخراً تدرج القيمة النسبية لرسم خدمات الأطباء المبني على الموارد ، ليتم نظام رسوم المدفوعات المستقبلية للمستشفيات المبني على المجموعات التشخيصية المرتبطة (DRG) . إضافة إلى ذلك ، لازال العمل مستمراً على دراسات الفعالية الطبية التى ستثمر عن أدلة الممارسة . هذه التغييرات التى أحدثتها الحكومة ، سيكون لها تأثيرات جوهرية على المدفوعات والممارسة الطبية فى نظام الرعاية الطبية الأمريكى الموجه إلى السوق أساساً . قد تمثل نظم التسعير المبدرة هذه عنصراً هاماً فى نظام رعاية طبية أمريكى يدار بالنطاق الشامل فى المستقبل . ومايتبقى إلا تطبيق هذه النظم على جميع الممولين تحت ميزانية شاملة بدون سقوف على الإنفاق ، مع تركيز لقنوات الدفع ، تمثل النظم الجديدة مجموعة إضافية من الحوافز والقيود يواجهها مقدم الرعاية الصحية فى النظام ذى الإدارة الدقيقة .

لايمثل التقويم وفق معايير السوق أو التقويم السياسى أكثر من تقدير تقريبي لجودة عمل نظام الرعاية الطبية ، ويمثل كل منها توجهاً مختلفاً تماماً حيث يؤدى الأول إلى الطرف الذى يعظم السوق ، ويؤدى الثانى إلى الطرف الذى يفضّل السوق ، من استمرارية سياسة الرعاية الصحية . وتستخدم النول القريبة المتقدمة عناصر من كل منهما لقياس نظم رعايتها الطبية . ومن العجيب أنه من البلدين على الطرفين

المتأقضيي في استمرارية السوق ، تعرض بريطانيا الآن خيارات أكبر للمستهلكتي في نظامها العام فيما تواصل الولايات المتحدة التوسع في التنظيم رداً على الضغوط السياسية لتغطية عدد أكبر من سكانها لضبط التكاليف .

### المستوى واسع النطاق :

حاول الباحثون تفهم أبعاد نظم الرعاية الطبية بمقارنتها بنظم في بلاد أخرى مشابهة سياسياً واقتصادياً ، ومع وجود مشكلات هامة في المقارنات على مستوى النظام ، مثل قياس النتائج الصحية والاختلافات الثقافية والديموغرافية وانسجام البيانات إلا أن مثل هذه المقارنات تؤدي إلى طرح بعض الأسئلة عن كفاءة النظم الصحية وإنصافها ، وتحفز الاستعلام عن أسباب الاختلافات الرئيسية الملحوظة ( Schiber and Poullier 1990 ) .

جمع الباحثون من منظمة التعاون والتطوير الاقتصادي (OECD) البيانات ، وحاولوا تطوير بيانات موحدة للصحة الدولية للدول الـ (٢٤) أعضاء المنظمة (Schiber and Poullier 1990) لاستحالة قياس نتائج الصحة بطرق حساسة للمدخلات الرعاية الصحية (نوقشت هذه المسألة بتفصيل في الفصل الثاني) . تعتمد هذه المقارنات على قياسات إجمالية لمتوقع الحياة عند الولادة ووفيات الرضع والوفيات المحددة بسبب الموت ، إضافة إلى ذلك تتضاعف مشكلات قياس الكفاءة بصعوبة تخصيص النفقات العامة غير المباشرة في المنظمات المعقدة متعددة المنتج ، مثل : المستشفيات والمجمعات الطبية متعددة التخصصات ، لذا تركز المقارنات على قياسات إجمالية للمدخلات مثل : عدد الأطباء والمرضات وعدد أسرة المستشفى وعلى المخرجات المتوسطة ، مثل : عدد زيارات الأطباء وعدد النوميي في المستشفى .

وبعد توثيق حقيقة أن المستشفيات الأمريكية تستخدم كمية أكبر من التقنية المكلفة ، ورعاية أكثر كثيفاً وتكلفة لكل يوم مستشفى ، وتستخدم أيضاً فترات إقامة أقصر بالمقارنة مع كندا وبلاد أوروبية الغربية ، وقد لخص أرون (Aron 1991:86) الصعوبات في تنويل البيانات كالتالي :

يبقى المحللون غير واثقين في عدد الفروقات الدولية التي يمكن عزوها إلى اختلافات في كثافة الخدمة ، أو السعر والتي يمكن عزوه إلى عوامل أخرى مثل : التركيبة العمرية للسكان أو الكفاءة في نظام الرعاية الصحية . إن فرز الاختلافات في التقنية التي تحسن النوعية ولكنها ترفع التكلفة من مجرد تغييرات في السعر هي مهمة صعبة في أفضل الأحوال ، وأحياناً تكون مستحيلة لأنه لا يوجد أسعار لأنواع كثيرة من الرعاية الطبية في بعض البلدان .

كان الهدف الرئيسي لهذا الفصل شرح المفاهيم والأساليب الأساسية المستخدمة لتقدير كفاءة نظام الرعاية وهي : الكفاءة التخصيصية والكفاءة الإنتاجية ، حيث تعنى الكفاءة التخصيصية بتحقيق أعلى قيمة كلية من الموارد المحدودة المتاحة للمجتمع خلال فترة زمنية محددة . ويتطلب ذلك أن يختار المجتمع الخليط «الصحيح» ذو القيمة المرغوب فيها من السلع والخدمات وأن تنتج بأقل تكلفة (تعظيم الكفاءة الإنتاجية) . مع عدم كمالها في التطبيق الواقعي فقد طور المحللون كلاً من الأسلوب الدقيق والأسلوب واسع النطاق لتقدير الكفاءة . وتشمل المنهجيات الدقيقة نظريات الاقتصاد الدقيق المعيارية للسوق بما فيها دالات الإنتاج والتكلفة كما تطبق في الرعاية الطبية . ويستخدم أيضاً أساليب من تحليلات منفعة التكلفة وفعالية التكلفة لفحص كفاءة منهجيات الإنتاج وتخصيص الموارد لبرامج وخدمات صحية محددة . ومكنت البيانات الشاملة عن بلدان منظمة التعاون والتطوير الاقتصادي (OECD) من إجراء المقارنات التقريبية بين البلدان على المستوى واسع النطاق من حيث الإنفاق والاستخدامات والمؤشرات الصحية للسكان . رغم صعوبة التقييم ومحدوديته بسبب تعقيدات وغموض الرعاية الطبية ، أجريت دراسات عديدة على الكفاءة في الولايات المتحدة وبلدان أخرى . ويعرض الفصل الخامس تلخيصاً مختاراً للدليل على كفاءة نظام الرعاية الطبية الأمريكي .



## ملاحظات :

- ١ - لشرح مفصل لأعمال باريتو راجع (Kohler, 1990 PP 484- 519) .
- ٢ - تشير كلمة «هامشي» إلى الوحدة التالية من السلع والخدمات التي يأخذها المستهلك بالاعتبار ويختلف هذا عن متوسط القيمة الكلية لجميع الوحدات المستهلكة ، وإن يشتري المستهلك «العقلاني» الوحدة التالية من السلع والخدمات إذا أدرك أن منفعة هذه الوحدة التالية ستكون أقل من تكلفتها .
- ٣ - حتى على المستوى الثالث المعقد من الرعاية الصحية ، سلّم الأطباء ، إن لم يشجعوا ، يوماً بحق المريض في أن يكون عضواً في فريق اتخاذ القرار عند التفكير في سبل عمل بديلة تشمل مستويات متفاوتة من الخطورة أو المنفعة أو التكلفة .
- ويتم الآن دمج قيم المريض بالكامل مع المعلومات السريرية في دراسات تتنازع المرضى (Barry et al 1988) .



## المراجع :

- Aaron, H. 1991. Serious and Unstable Condition: Financing America's Health Care. Washington, DC: Brookings Institution.
- Agency for Health Care Policy and Research. 1991 Report to Congress: Progress .
- Research on Outcomes of Health Care Services and Procedures. AHCPR Pub. No. 91-0004 Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
- American Hospital Association 1993. Economic Trends 8 (4): 11.
- Anderson, O. W. 1989. The Health Services Continuum in Democratic States. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Arrow, K. J. 1963. Social Choice and Individual Values. New Haven: Yale University Press.
- Barry, M., A. Mulley F. Fowler, and J. Wennberg. 1988. "Watchful Waiting vs. Immediate Transurethral Resection for Symptomatic Prostatism: The Importance of Patients' Preferences." *Journal of the American Medical Association* 259: 3010 - 17 .
- Bognanno, M. F., and J. C. Bartlett. 1971. "On the Demand versus Need for Medical Services and the Concept Of Shortage." *American Journal of Public Health* 61: 46 - 64.
- Byrnes, R. T., and G. W. Stone. 1987. Economics. IL: Scott, Foresman and Co.
- Culyer, A. J., A. Maynard, and J. Posnett. 1990. "Reforming Health Care: An Introduction to the Economic Issues." In *Competition in Health Care: Reforming the NHS*, edited by A. J. Culyer, A. K. Maynard, J. W. Posnett, 1-11. London: Macmillan Press.
- Davis, K., G. F. Anderson, D. Rowland, and E. P. Steinberg. 1990. Health care Cost Containment. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press.
- D'Intignano, B. M. 1990 "Incentives in Health care Management" 2nd World Congress on Health Economics, Zurich, Switzerland.
- Dowling, W. 1974. "Prospective Reimbursement of Hospitals." *Inquiry* 11: 163 - 80.
- Drummond, M. F., G. L. Stoddart, G. W. Torrance. 1987 Methods for Economic Evaluation of Health care Programmes. Oxford : Oxford University Press.
- Eddy, D. 1991. "Clinical Decision Making: From Theory to Practice- What's Going On in Oregon?" *Journal of the American Medical Association* 266: 417 - 20.
- Enthoven, A. 1990. "What can Europeans Learn from Americans?" In *Health Care Systems in Transition*, 51-71. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Enthoven, A., and R. Kronick. 1989 "A Consumer- Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy." *New England Journal of Medicine* 320 : 29-37.
- Evans, R. 1986. "Finding the Levers. Finding the Courage: Lessons from cost Containment in North America." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 11: 585 - 614.

- Evans, R., and G. Stoddart. 1990, "Producing Health, Consuming Health Care" *Social Science and Medicine* 31: 1347-63.
- Falk, I. S., C. R. Rorem, and M. D. Rin. 1933 *The Cost of Medical care* Chicago: University of Chicago Press.
- Feldstein, P. J. 1988. *Health Care Economics*. New York: John Wiley & Sons.
- Freund, D., L. Rossiter, P. Fox, J. Meyer, R. Hurley, T. Carey, and J. Paul. 1989. "Evaluation of the Medicaid Competition Demonstrations." *Health Care Financing Review* 11 (2): 81-97.
- Fuchs, V. 1972 "Health Care and the United States Economic System: An Essay in Abnormal Physiology ." *Milbank Memorial fund Quarterly* 50: 211- 37
- General Accounting Office. 1991. *Canadian Health Insurance: Lessons for the United States*. GAO/HRD-91-90. Washington, DC: U.S. General Accounting Office.
- \_\_\_\_\_. 1993. *Health Care: Rochester's Community Approach Yields Better Access, Lower Costs*. GAO/HRD-93-44 Washington, DC: U.S. General Accounting office.
- Hadorn, D. 1991. "Setting Health Care Priorities in Oregon: Cost- Effectiveness Meets the Rule of Rescue." *Journal of the American Medical Association* 265: 2218 - 25.
- Health Insurance Association of America. 1990. *Source Book of Health Insurance Data*. Washington, DC: Health Insurance Association of America.
- Jonsson, B. 1990 "What Can Americans Learn from Europeans?" In *Health Care Systems in Transition*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Kahn, K. L., L. V. Rubenstein, D. Draper, J. Kosecoff, W. H. Rogers, E. B. Keeler, and R. H. Brook. 1990 "Comparing Outcomes of Care Before and After Implementation of the DRG- based Prospective Payment System." *Journal of the American Medical Association* 164: 1984-88.
- Kaplan, R. M., and J. P. Anderson. 1988. "A General Health Policy Model : Update and Applications." *Health services Research* 23: 203 - 35.
- Kessel, R. 1958. "price Discrimination in Medicine" *Journal of Law and Economics* 1 (1) : 20 - 53.
- Kohler, H. 1990. *Intermediate Microeconomics*, 3rd ed. Glenview, IL: Scott, Foresman and Co.
- Leibenstein, H. 1966. "Allocative Efficiency Vs. "X-Efficiency": *American Economic Review* 56: 392- 415.
- Levit, K. R., H. C. Lazenby, C. A. Cowan, and S. W. Letsch. 1991. "National Health Expenditures 1990." *Health Care Financing Review* 13 (1) : 29-54.
- Moloney, T. W., and D. E. Rogers. 1979. "Medical Technology - A Different View of the Contentious Debate over Costs." *New England Journal of Medicine* 301: 1413 - 19.
- Moon, M., and J. Holahan. 1992 " Can States take the Lead in Health Care Reform?" *Journal of the American Medical Association* 268 : 1588 - 94.

- OECD Health Data: A Software Package for the International Comparison of Health Care Systems. 1991. Ver. 1.01 jParis: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Office of National Cost Estimates. 1990. "National Health Expenditures 1988." Health Care Financing Review 11(4): 1 - 41.
- Organization for Economic Cooperation and Development. 1987. financing and Delivering Health Care. sps No. 4. paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Pear, R. 1991. "government Seeks New Cost Control on Medicare Plan." New York Times 9 June: 1, 14.
- Reinhardt, u. E. 1987. "A Clarification of Theories and Evidence on Supplier- Induced Demand for physicians' Services." Journal of Human Resources 22: 621- 23.
- \_\_\_\_ 1990. "What Can Americans Learn from Europeans?" In Health Care Systems in Transition, 195 - 12. paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Robinson, J. C., and H. F. Luft. 1985. "The Impact of Hospital Market Structure on Patient Volume, Length of Stay, and cost of Care 1972- 82" Journal of Health Economics 4: 333- 56.
- \_\_\_\_ 1987. "Competition and the Cost of Hospital Care 1972- 82." Journal of the American Medical Association 257: 3241- 450
- \_\_\_\_ 1988. "Competition, Regulation, and Hospital Costs 1982- 1986" Journal of the American Medical Association 260:2676- 81.
- Russell, L. 1989. Medicare's New Hospital Payment System: Is It Working? Washington, DC: Brookings Institution.
- Schieber, G. J., and J. P. Poullier. 1990. "Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures." In Health Care Systems in Transition, 9 - 15. paris : Organization for Economic Cooperation and Development.
- Schwartz, W., and D. Mendelson. 1991. "Hospital Cost Containment in the 1980s: Hard Lessons Learned and Prospects for the 1990s." New England Journal of Medicine 324: 1037- 42.
- Stokey E., and R. Zeckhauser. 1978. A Primer of Policy Analysis New York : W. W. Norton & Co.
- Swint, J. M. 1990. International Summit on the Economic Impact of Health Care Systems. Houston : University of Texas Health Science Center. Health Policy Institute.
- Torrance, G. W., M. H. Boyle, and S. P. Horwood 1982. "Application of Multi-attribute Utility Theory to Measure Social Preferences for Health States." Operations Research 30: 1043-59.
- Warner, K. E., and B. R. Luce. 1982. Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care. Ann Arbor: Health Administration Press.

- Williams, A. H. 1974, "Need as a Demand Concept (with Special Reference to Health). "In Economic Policies and Social Goals: Aspects of Public Choice, edited by A. J. Culyer, 60-76. London: Martin Robertson.
- \_\_\_\_ 1990. "Ethics, Clinical Freedom and the Doctor's Role "In Competition in Health Care: Reforming the NHS, edited by A. J. Culyer, A. K. Maynard, and J. W. Posnett, 178-91. London: Macmillan Press.
- Woolhandler, S., and D. Himmelstein. 1991. "The Deteriorating Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System." *New England Journal of Medicine* 324: 1253 - 58
- Zwanziger, J., and G. Melnick. 1988 "The Effects of Hospital Competition and the Medicare PPS Program on Hospital Cost Behavior in California." *Journal of Health Economics* 7: 301-20.

## الفصل الخامس

### الكفاءة : دليل وتطبيق

يفحص هذا الفصل الدليل على كفاءة نظام الرعاية الطبية الأمريكي وبخاصة ، العلاقة بين مدفوعات الأطباء والكفاءة - ويراجع الفصل كلاً من الدليل الدقيق ، أى ، متوسط كفاءة الأطباء والمستشفيات والمؤسسات التأمينية بالمقارنة بأدنى تكلفة يمكن تحقيقها . والدليل واسع النطاق ، أى أداء نظام الرعاية الطبية الأمريكي بالمقارنة مع الدول الغربية الأخرى .

### الدليل المرتبط بكفاءة الرعاية الطبية :

#### الكفاءة التخصصية :

كان الاستنتاج الأساسى فى الفصل الثالث أن علاقة الرعاية الطبية بالصحة قد تكون طفيفة بالمقارنة مع علاقة الوراثة والبيئة والسلوك . لذا طالما خشى الناقدون يوماً من أن البلاد المتقدمة الحديثة تخصص أكثر مما ينبغى من الموارد لتوفير خدمات الرعاية الصحية الشخصية ، وأقل مما ينبغى من الموارد للنشاطات التى من شأنها أن تحسن البيئة الطبيعية والاجتماعية (Fuchs 1974, McKeown 199) . هذا القلق هو فى صميم الحوار بين الطب والصحة العامة ، ويلخص مكينون (McKeown 199 , 85) موقف الصحة العامة فيما يلى :

إن ماتحتاجة الخدمات الصحية بشكل عام هو تعديل فى توزيع الاهتمام والموارد بين الوقاية من المرض ، والعناية بالمرضى الذين يتطلبون التقصى والعلاج ، والعناية بالمرضى الذين يتطلبون التدخل الفعلى . وعلى مثل هذا التعديل أن يلقى اهتماماً بالغاً إلى محددات الصحة الرئيسية : أى الغذاء والبيئة التى عامة ستكون فى أيدي المختصين ، والسلوك الشخصى الذى يجب أن يكون موضع اهتمام كل طبيب ممارس .

لقد كانت التحسينات العظيمة في الصحة على مر الزمن عائدة إلى احتياطات الصحة العامة التي أمكن تطبيقها بسبب التطور والنمو الاقتصادي ، حتى بالنسبة للاكتشافات والتقدم الطبي في علاج الأمراض المعدية الفتاكة فإن تقديم الخدمات الطبية الشخصية تلكا خلف الانخفاض في معدلات حدوث المرضي (McKeown and Lowe 1974) . بعد مراجعة بيانات تاريخية عن الطب والصحة ، استنتج ماكيون ولو أن الجهود الوقائية والعلاجية المحددة لعبت دوراً هامشياً في خفض الوفيات ، من القرن الثامن عشر حتى الحاضر . فقد كان أهم العوامل المؤدية إلى هذا التحسن هو التحسين في التغذية من بداية القرن الثامن عشر ، والحد من النمو السكاني ، والتحسين في النظافة ، في نهاية القرن التاسع عشر .

وقد أشار إيفانز وستودارت (Evans and Stoddart 1990) إلى أن الإنفاق على الرعاية الطبية قد ارتفع إلى الدرجة التي قد يؤدي فيها إلى انخفاض في المستوى الصحي للسكان ، لأنه يأخذ الموارد من قطاعات أخرى مثل : التعليم والإسكان والبيئة ، والتي تساهم مساهمة إيجابية نحو الصحة ، ويستخدم هذه الموارد عوضاً عن ذلك في الخدمات الطبية التي يكون لها التأثير الطفيف أو لاتأثير ألبتة على الصحة . هذا إن لم تؤثر تأثيراً سلبياً . ولكن على الرغم من الناقدين فإن الطب الحديث يقدم فعلاً منافع عديدة ، وعليه طلب عظيم في جميع أنحاء العالم ، إلا أنه هناك قلق من أننا نتفق أكثر مما ينبغي على العلاج ، وأقل مما ينبغي على الخدمات الوقائية ، فعلى سبيل المثال استهلك المواطنون في الخامسة والستين من العمر أو أكثر حوالي (٢٥٪) من الإنفاق على الرعاية الصحية في عام ١٩٨٤م (Waldo and Lazenby 1984) . ومثل الـ (٥,٩٪) من مستفيدي مديكير (Medicare) الذين لقوا حتفهم في عام ١٩٧٨م (٢٨٪) من تعويضات مديكير المصروفة على الرعاية الطبية مع وقوع (٦٠٪) من هذا الإنفاق في الثلاثين يوماً الأخيرة من حياة المرضي (Lubitz and Prihoda 1984) . وقد أثار ذلك التساؤلات عن إمكانية سوء تخصيص الموارد الطبية النادرة (Scitovsky 1988) ، إلا أن مهارات الأطباء التكنولوجية لازالت عاجزة عن تحديد من من الناجين كان سيموت لولا الرعاية التي تلقاها (Webster and Berdes 1990) . بينما تبدو أنماط الإنفاق التي تدعم العلاج ، غير منطقية من وجهة نظر السياسة العامة ، إلا أنها تبدو عقلانية من منطلق



حرية المستهلك والخيار الفردي . ومن أسباب استهلاك القليل من الرعاية الصحية الوقائية هو عدم شملها ضمن الخدمات المؤمنة حيث يلائم التأمين الأحداث غير المتوقعة والمكلفة عند حدوثها ، وفي الغالب فإن الخدمات الوقائية قليلة التكلفة ويمكن التخطيط لها ، كما أنه من المنطقي أن يرتفع طلب الأشخاص على الخدمات الصحية عند إصابتهم بالمرض ، حتى لو كان تأثير هذه الخدمات مشكوك فيه ، وكذلك ينخفض الطلب على الخدمات الوقائية عندما يكونون أصحاء .

عندما حاولت ولاية أوريغون تعيين أولويات للخدمات الصحية وتمويلها وفق فعالية التكلفة ، رفض المواطنون هذا الترتيب لأن النظام المقترح رتب بعض الخدمات الفعالة التي بإمكانها إنقاذ الأرواح ، إلا أنها لن تنفع إلا عدداً قليلاً من الناس ، مثل عمليات استئصال الزائدة النوية ، في مستوى أقل من مستوى الخدمات التي تؤدي تحسناً صغيراً في جودة الحياة لأشخاص عديدين مثل تنويع الأسنان (Hadam 1991) . ويعزى رفض نموذج فعالية التكلفة العقلاني إلى «قانون النجدة» (Jensen 1986) الذي ينص على أن الناس غير قادرين على البقاء بلا حركة عندما تكون حياة شخص معروف لديهم مهددة وبإمكانهم عمل شيء حيال إنقاذ حياته ، وهذا صحيح حتى عندما تكون التكلفة كافية لاستثمارها في برامج وقائية تتفقد حياة البعض في المستقبل وغير معروفين لديهم . نحن كقولة قد ننفق أكثر مما ينبغي على الخدمات الصحية الشخصية ، إلى حد إهمال نواحٍ أخرى قد يكون تأثيرها على الصحة أهم . فقد بلغ إنفاق الصحة الوطنية في عام ١٩٩٠م ٦٦٦.٢ بليون دولار ، منها ٥٨٥.٣ بليون دولار (٨٧.٩٪) على الرعاية الصحية الشخصية ، و ١٩.٣ بليون دولار (٢.٩٪) كانت للنشاطات الحكومية في الصحة العامة ، و ١٢.٤ بليون دولار (١.٩٪) كانت للبحوث والتطوير .

أما باقي الإنفاق فكان على إدارة البرامج وصافي تكلفة التأمين الصحي الخاص بواقع ٢٨.٧ بليون دولار (٥.٨٪) ، وللإشارات بواقع ١٠.٤ بليون دولار (١.٦٪) (Levit et al 1991) . وتفيد إدارة الخدمات الصحية والإنسانية (Depeintwent of Health and Human Serias 1990) عن تخصيص ٤.٩ بليون دولار للنشاطات الوقائية في عام ١٩٨٧م ، و ٥.٢ بليون دولار في عام ١٩٨٨م . وقد حدث مؤخراً تبديلاً نحو المزيد من

التعويض المالى للخدمات الوقائية وتقديمها ، ومما ساهم فى ذلك ، النمو المستمر فى أعداد منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) التى تقدم - عادة - مجاًلاً واسعاً من الرعاية الوقائية . وتغطى هذه المنظمات الآن (١٣٪) من السكان ، ولازال ممولوا الخدمة الصحية ينظرون إليها لتقديم المدخل الرعاية الشاملة مع ضبط التكاليف . وقد استخدمت دراسات الفعالية ودراسات فعالية التكلفة (Eddy 1980) لاختيار الخدمات الوقائية التى يجب أن يغطيها التأمين الصحى (Preventive Services Task Force 1989) . وقد أصدرت اتحادات الصليب الأزرق والدرع الأزرق أدلة لقائمة من الاختبارات الطبية على مدى الحياة لتقصى الأمراض لدى الراشدين . وسيتم التأمين على الخدمات الوقائية إذا اختار المشتركون دفع تكلفة إضافية بحوالى ٩٠ دولاراً سنوياً للأسرة ، أو ٣٦ دولاراً للشخص (Pear 1991) . وتغطى ميكيكر الآن خدمات وقائية مثل : المسوحات الصحية والتحصين والرعاية الوقائية للأسنان فى ولايات عديدة . هناك قلق من سوء التخصيص ، حتى ضمن العلاج وذلك نحو الإجراءات الفنية وبعيداً عن الخدمات التى تحسن وعى الناس بمشكلاتهم الصحية وما يمكنهم عمله لتحسينها أو تفاديها فى المستقبل . وبسبب نظام الادعاء القضائى فى قضايا التقصير فى أداء المهمة الطبية ، والتعويض عنه ، يضطر الأطباء إلى أداء إجراءات مثل العمليات الجراحية والاختبارات التشخيصية ، وقضاء وقت أقل فى أخذ التاريخ المرضى وتقديم التثقيف الصحى وتقديم المشورة التحفيزية للمرضى (الخدمات الإدراكية) (Cognitive Services) . وتوفر الاختبارات الشاملة التوثيق الذى يمكن استخدامه فى قضايا المسؤولية القانونية الطبية ، وتوفر مع إجراءات أخرى تعويضاً أكبر لكل وحدة وقت بالمقارنة مع الخدمات الإدراكية (Hsiao et al 1988) ، ويتفاقم هذه المشكلة بملكية الأطباء للمعدات التشخيصية والمختبرات (Hillman et al 1990) .

بما أنه لأغلب الأمراض عنصر سلوكى ، وبإهماله ، تهمل واحدة من أهم جوانب الرعاية بالمرضى ، وقد تكون من أكثرها فعالية ، وبالتركيز على الإجراءات عوضاً عن إعطاء المرضى المشورة وتثقيفهم .

### تجربة راند في التأمين الصحي :

ناقشت تجربة راند للتأمين الصحي التي أشير إليها في الفصل الثالث ، الكفاءة التخصيصية للتأمين المشترك في بيئة نظام تمويل وتقديم الرعاية الطبية الأمريكي ، وقد فحصت هذه الدراسة تأثير النفقات المشتركة (Copayments) على استخدامات خدمات الرعاية الطبية ، والإنفاق عليها ، وكذلك الدرجة التي تؤثر فيها زيادات الاستخدام المرتبطة بالرعاية « المجانية » على الوضع الصحي . وكانت النتيجة الأساسية أن الرعاية المجانية ، بالمقارنة مع مستويات أعلى من الدفعات المشتركة أدت إلى ارتفاع الإنفاق بحوالي (٥٠٪) بدون أي تأثير يذكر على المستوى الصحي للشخص العادي . إلا أن الذين كانوا - سواء - مصابين بالمرض ، أو فقراء ، نالوا عند اشتراكهم استفادة هامة في المستوى الصحي من زيادة الاستخدام .

إن خفض الأسعار للمستهلك العادي إلى مستويات أقل من تكلفة الإنتاج يؤدي إلى استهلاك خدمات قيمتها الهامشية أقل من تكلفة الإنتاج الهامشية (وبدون تأثير يذكر على الصحة) ، هذه هي الحالة الأساسية لسوء تخصيص الموارد ، وتشير إلى إمكانية الحصول على منافع أكثر من الموارد لو حصصت إلى نواح أخرى . بتطبيق إطار حرية المستهلك على نتائج تجربة التأمين الصحي قدر ماننج وآخرون (Manning et al 1987) أنه من المتثنين بليون دولار التي أنفقها سكان الولايات المتحدة ، تحت سن الخامسة والستين ، على الرعاية الصحية في عام ١٩٨٤م تقع خسارة في الصالح العام (تخصيص الموارد والإجراءات أو خدمات بدون منفعة أو ذات منفعة محدودة) بمقدار يتراوح من ٣٧ بليوناً إلى ٦٠ بليون دولار بالانتقال من خطة التأمين بالدفعات المشتركة بواقع (٩٥٪) ، ذات حد أقصى المدفوعات المباشرة من المشترك لاتتعدى ١٠٠٠ دولار ، إلى الرعاية المجانية . أي أن هذه هي مبالغ الإنفاق الإضافي المقررة التي كانت ستنتفج على خطة تأمين الرعاية المجانية ، أخمين بالاعتبار ، القيمة الهامشية المنخفضة لخدمات الرعاية الطبية الإضافية التي كانت ستستخدم .

ويشير المؤلفون إلى أن بعض الافتراضات القديمة التي يتطلبها الحصول على هذا التقدير ، قد لاتصح الآن وبالتالي قد تؤدي إلى تقدير مبالغ فيه للخسائر . إلا أن هذا غالباً يكون أكثر من معوض عنه . ويكون التقدير يتجاهل الحوافز لاستخدام التقنيات

الحديثة المرتبطة بخطط وبرامج التأمين الأكثر كرمًا ، إذ تستخدم التقنية الحديثة غالباً بطرق تنتج منافع هامشية منخفضة للمرضى ، مقارنة بالتكلفة وبالتالي تزيد من خسائر الصالح العام .

ارتكز تقدير خسارة الصالح العام أنف الذكر على تركيبة نظام الرعاية الطبية الأمريكي الحالية بما فيها مزيج في الصفات النظامية والتنافسية ، إذ لايمثل هذا التغيير تدبؤ التأثيرات إعادة جزيئية لهيكل نظام تقديم وتمويل الرعاية الطبية ليشابه النظم الكندية والأوروبية - فيما توفر تلك النظم التغطية للتفقات الأولية ، إلا أنها لاتشمل أسقف الميزانية ، وضوابط لحجم الخدمة ، وضوابط صارمة للإنفاق الرأسمالي على تقنية ومرافق الرعاية الصحية - يتبلور منظور هام على النظام الأمريكي بمقارنة إنفاقنا واستخدامنا وتغطيتنا والنتائج الصحية لدينا ، مع تلك الموجودة في البلاد الديموقراطية الصناعية الأخرى ، حيث غالباً لاترتبط الفروقات بوضوح مع السياسة الصحية ، إلا أنها تثير التساؤلات عن أداء نظامنا والأهداف التي يمكن تحقيقها .

### الدليل على المستوى واعم النطاق (Macro Evidence)

وفرت منظمة التعاون والتطور الاقتصادي (OECD) ، بيانات شاملة عن الوضع الصحي واستخدامات الرعاية الصحية والموارد الصحية والإنفاق على الرعاية الصحية للدول الـ (٢٤) الأعضاء ، وهي بلاد ديموقراطية تتراوح من قوى اقتصادية مثل : الولايات المتحدة واليابان ، إلى بلاد أصغر ذات إنجازات اقتصادية متواضعة مثل : اليونان والبرتغال ، ومع وجود بعض المشكلات في مقارنة البيانات بين الدول (Schieber and poillier 1990) إلا أن الفروقات بين الولايات المتحدة والدول العظمى الأخرى تتطلب التفسير ، وتثير التساؤلات عن كفاءة النظام الأمريكي .

يبين الجدول (١-٥) مقارنة بين سبع من الدول الصناعية العظمى من أعضاء منظمة التعاون والتطور الاقتصادي وهي كندا وفرنسا وألمانيا وإيطاليا واليابان والمملكة المتحدة والولايات المتحدة .

حيث كرسست الأخيرة (١١,٢٪) من الناتج المحلى للرعاية الصحية فى عام ١٩٨٧م وبذا تكون أنفقت (٢,٦) نقطة مئوية أكثر من كندا التى تحتل المركز الثانى . وكان مبلغ الإنفاق على الرعاية الصحية ٢٠٥١ دولاراً أمريكياً للفرد فى عام ١٩٨٧م أى أكثر من كندا بحوالى (٤٠٪) و(٢,٧) أضعاف المملكة المتحدة التى تحتل المرتبة السابعة . ولم يقابل هذه الفجوة الشاسعة فى الإنفاق أى تميز للنتائج الصحية فى الولايات المتحدة بل كان معدل وفيات الرضع فيها أعلى من الدول السبع الأخرى ، وكانت أرقام متوقع الحياة عند الولادة أقل من معظم الدول الأخرى . وعلاوة على ذلك كانت الولايات المتحدة البلد الوحيد الذى يفتقر فيه جزء كبير من السكان أى أكثر من ٢٥ مليون شخص إلى التأمين الصحى .

إضافة إلى القلق لسوء تخصيص الموارد إلى خدمات تؤدى منفعة منخفضة بالنسبة للتكلفة ، هنالك قلق من أن خدمات الرعاية الطبية ذات جودة معينة لاتقدم بأقل سعر ممكن ، وفيما يصعب تحديد أساليب ومعايير الإنتاج الأقل تكلفة ممكنة للخدمات الطبية ، إلا أن عدداً من الدراسات أظهرت الدليل على لالكفاءة الإنتاج .

### الكفاءة الإنتاجية

بخلاف النماذج التخطيطية التى تستخدم نسبة ثابتة من الأطباء وأسرة المستشفيات لكل ١٠٠٠ من السكان ، فبالإمكان تقديم خدمات الرعاية الطبية بطرق عديدة مختلفة وتركيبات مختلفة من القوى العاملة ، ورأس المال ، وأحجام وحدات الإنتاج ، ومواقع تقديم الخدمة . ويتحقق الكفاءة الإنتاجية عندما تكون وحدات الإنتاج بالحجم المثالى .

## الجدول (٥-١) : بيانات نظم الرعاية الصحية المقارنة لسبع دول صناعية ١٩٨٧ م .

إنفاق الرعاية الصحية كمتسبة من الناتج المحلي	إنفاق الرعاية الصحية للفرد بال دولار الأمريكي	السكان بدون تأمين	نسبة السكان المؤهلة للتأمين العام للرعاية بالمستشفى	وفيات الرضع لكل ١٠٠٠ ولادة حية	متوقع الحياة عند الولادة بالسنتين تكرار إناث
الولايات المتحدة ١١,٢	٢٠٥١	٣٥ مليوناً	٤٢	١٠,٠	٧٨,٣ ٧١,٥
كندا ٨,٦	١٤٨٣	٣٥ مليوناً	١٠٠	٧,٩	٧٩,٨ ٧٣,٠
فرنسا ٨,٦	١١٠٥	٣٥ مليوناً	٩٩	٧,٦	٧٨,٧ ٧٢,٠
ألمانيا الغربية ٨,٢	١٠٩٣	٣٥ مليوناً	٩٢	٨,٢	٨٠,٣ ٧١,٨
إيطاليا ٦,٩	٨٤١	٣٥ مليوناً	١٠٠	٩,٦	٧٨,١ ٧١,٦
اليابان ٦,٨	٩١٥	٣٥ مليوناً	١٠٠	٥,٠	٨١,٤ ٧٥,٦
المملكة المتحدة ٦,١	٧٥٨	٣٥ مليوناً	١٠٠	٩,١	٧٧,٦ ٧١,٩
المتوسط ٨,١	١١٧٨ دولاراً	٣٥ مليوناً	٪٩١	٨,٢	٧٩,٢ ٧٢,٥

المصدر : Organization for Economic Cooperation and Development 1999

ويكون مزيج المخلات بحيث يصبح المنتج الهامشي لكل دولار من التكلفة متساو لجميع المخلات ، آنذاك فقط تنخفض التكلفة إلى الحد الأدنى لمستوى معين من مخرجات الخدمات الطبية .

أجرى الاقتصاديون وباحثو الخدمات الصحية الآخرون عدداً كبيراً من الدراسات على الكفاءة الإنتاجية بالتركيز على حجم ومزيج القوى العاملة في عيادات الأطباء ، وعدد أسرة مستشفيات المجتمع ، وتقديم خدمات التنويم مقابل خدمات العيادات الخارجية وإدارة التأمين الصحي ، وبدرجة أقل على اقتصاديات الوفرة (Economies of Scale) لتقنية منفردة مثل عملية تخطي الانسداد التاجي (Coronary bypass Surgery) (Ludbrook 1987) .

## خدمات الأطباء :

اتخذ راينهاردت (Reinhardt 1972) وسميث وميلر جولاداي (Smith, Miller and Golladay 1972) اتجاهات تحليلية مختلفة لدراسة الاستخدام الأفضل لمساعدى الأطباء ،

إلا أنهم توصلوا إلى نفس الاستنتاج ، وهو أن باستطاعة الأطباء رفع إنتاجية عياداتهم وتخفيض التكلفة لمراجعة العيادة وذلك بتوظيف أكبر عدد من المساعدين . فقد وجد راينهاردت باستخدام البيانات القومية لعام ١٩٦٧م أنه بإمكان بعض الأطباء المنفردين توظيف أربعة مساعدين بدلاً من اثنين ، ويرفعون عدد مراجعات المرضى (٢٥٪) . وكذلك وجد سميث وميلر وجولاداي أن إضافة مساعد طبيب واحد لعيادة الرعاية الأولية ، قد يرفع الإنتاجية بمقدار من (٤٩٪) إلى (٧٤٪) أى بزيادة من ١٤٧ مراجعة أسبوعية إلى ٢٦٥ مراجعة أسبوعية . وكرر براون (Brown 1988) دراسة راينهاردت مستخدماً البيانات القومية لعام ١٩٧٦م الأكبر حجماً من التى استخدمها راينهاردت ووجد أنه بالمتوسط كان أطباء المجموعات أكثر إنتاجية من الأطباء المنفردين بحوالى (٢٢٪) وأن الأطباء لا يستخدمون المساعدين بكفاءة ، بعد دراسة راينهاردت توسع الأطباء فى توظيف المساعدين إلى درجة توظيف أعداد من الكلبة الإداريين والفنيين أكثر من اللازم ، فقد وظف الأطباء ١.٥٤ مساعد لكل طبيب ، فى عام ١٩٧٠م ، و٢.٢٥ مساعد لكل طبيب فى عام ١٩٧٨م . وكانت العيادات الجماعية فقط ، توظف العدد الكفء من مساعدى الأطباء ، وقد يكون ذلك مصدر فهم للتميز فى الكفاءة الذى تتمتع به مثل هذه العيادات . وانخفض توظيف المساعدين منذ دراسة براون إلى ١.٧٤ مساعد لكل طبيب فى عام ١٩٨٥م مما يشير إلى أن كفاءة عيادات الأطباء قد ارتفعت .

استنتجت الدراسات على اقتصاديات الوفرة فى عيادات الأطباء ، أن عيادات المجموع هي أكثر كفاءة من العيادات الانفرادية التقليدية . راجع لى (Lee 1990) أدبيات البحوث مراجعة نقدية ، على اقتصاديات عيادات المجموع مستنتجاً أننا نعرف القليل عن اقتصاديات هذه العيادات . وأن النماذج المفاهيمية الحالية خاطئة . وتشير المسوحات إلى أن معظم عيادات المجموع يمتلكها الأطباء ، وأن الموارد تخصص تعاونياً وليس من الأطباء المنفردين ضمن كل مجموعة . وقد ركزت النماذج المفاهيمية على قصور حوافز الإنتاجية التى يواجهها الأطباء فى المجموعات . إلا أنه من غير المحتمل أن يسبب ذلك مشكلات هامة لأن القرارات تتخذ بشكل جماعى تعاونى . وتشكو الدراسات التجريبية من عدم ضبط العوامل التى قد تؤثر على الكفاءة فى العيادات الطبية الجماعية . ومن أهم هذه العوامل فشل هذه الدراسات فى تقصى

الفروقات في جودة ومزيج الخدمات المقدمة فعلاً بدقة . كان هناك ١٦٥٧٩ عيادة طبية جماعية في عام ١٩٨٨م في الولايات المتحدة ، شكلت ( ٢٠٪ ) من جميع الأطباء غير المفردالين (American Medical Association 1990) ويوجد راينهاردت (Reinhardt 1975) أن الأطباء في العيادات الجماعية يقدمون مراجعات أكثر بمقدار ( ٥٪ ) وينتجون حسابات أكبر بمقدار ( ٥.٦٪ ) من الأطباء الانفراديين .

وفي حالة دراسية وجد نيوهاوس (Newhouse 1973) أن بعض اقتصاديات الوفرة (Economies of Scale) (وهي ميل متوسط التكلفة إلى الانخفاض مع ارتفاع حجم الإنتاج) تذهب إلى العيادات الجماعية ، إلا أن هذا التوفير ، يعادله تكلفة أكبر مرتبطة بلاكفاءة - (X-Inefficiency) وذلك بسبب ترتيبات المشاركة في العيادات الجماعية ، حيث لا يميل الأطباء إلى الحفاظ على الموارد .

استخدم تحليل البقاء (Survivor Analysis) لتقصي اقتصاديات الوفرة في عيادات الأطباء (Frech and Ginsberg 1974; Marder and Zuckerman 1985) . ومثل هذا التحليل يعتبر أن حجم العيادة الأكثر نمواً في فترة زمنية محددة ، هو أكثرها كفاءة . وقد كان عدد العيادات الجماعية ينمو بالمقارنة مع العيادات الانفرادية خلال الفترة من ١٩٦٥م إلى ١٩٨٨م مشيراً إلى أن العيادات الجماعية أكثر كفاءة من العيادات الانفرادية (American Medical Association) . ووجد فريش وجينزبرج (Frech and Ginsberg 1974) أنه خلال الفترة من ١٩٦٥م إلى ١٩٦٩م كانت العيادات الانفرادية عديمة الكفاءة تماماً ، وأن العيادات الجماعية الصغيرة التي تحوى من ثلاثة إلى سبعة أطباء ، والعيادات الجماعية الكبيرة التي تحوى أكثر من ٢٦ طبيباً كانت الأكثر كفاءة . كما وجد ماردر و زكرمان (Marder and Zuckerman 1985) أيضاً أن العيادات الجماعية هي الأكثر كفاءة خلال الفترة من ١٩٦٥م إلى ١٩٨٠م .

لقد تغيرت الممارسة الطبية والتقنية تغيراً جذرياً خلال الخمس وعشرين سنة الماضية ، حيث أصبح بالإمكان إجراء الكثير من العمليات الجراحية والخدمات التشخيصية ضمن إطار العيادات الخارجية ، كما أصبح بالإمكان تمويل رأس المال المطلوب لتقديم خدمات العيادات الخارجية المعقدة ، واستخدامها بكفاءة في إطار



العيادات الجماعية ، وإضافة إلى الكفاءة الإنتاجية للعيادات الجماعية ، وتكاليف التأسيس المرتفعة للعيادات ، والسياسات الصحية الوطنية ، وعلى مستوى الولاية ، التي تؤيد منظمات الحفاظ عن الصحة (HMO) تشير جميعها إلى استمرار نمو العيادات الطبية الجماعية .

### خدمات المستشفى :

أجريت بحوث كثيرة على الدرجة التي تكون فيها مستشفيات المجتمع (Community Hospitals) خاضعة لاقتصاديات الوفرة ، فمثل خدمات الأطباء ، فإن أساليب تحليل دالة تكلفة المستشفيات (Hospital Cost Function) كانت إلى حد ما غير دقيقة ، لأن قياسات المدخلات والمخرجات ، لاتأخذ بعين الاعتبار تعقيدات الرعاية في المستشفى (Berki 1972, Cowing , Holtmann and Powers 1983) . ورغم ذلك فقد استنتج فلدستين (Feldstein 1988) وجود اقتصاديات الوفرة بشكل طفيف ، بحيث يكون حجم مستشفى المجتمع الأقصى بين ٢٠٠ و ٢٠٠ سرير ، وحيث يكون منحني التكلفة مسطحاً نوعاً ما مما يشير إلى عدم وجود توفير كبير مرتبط بحصول المستشفيات على الحجم المثالي . وفيما تزيد أحجام المستشفيات في الولايات المتحدة ، لازل متوسط عدد أسرة المستشفى أقل من ٢٠٠ سرير (National Center for Health Statistics 1991) .

القضية الأكثر أهمية بالنسبة للمستشفيات ، والتي تثير التساؤلات عن الجودة ، هي الحجم الكفاء . لخدمة أو قسم ما ضمن المستشفى (Granneman, Brown and pauly 1986) وقد يشمل ذلك كل شيء من عمليات القلب المفتوح (Open Heart Sugery) إلى حجم المغسلة (Laundry) وفي ذلك تضمنين عما إذا كان يجب على مستشفى ما أن يقدم خدمة معينة أم لا . وقد بين لفت ويكير وأنشوفن (Luft, Banker and Enthoven 1979) وجود علاقة إيجابية بين عدد عمليات القلب والنتائج . وهكذا ففي الحالات التي ينتج فيها ارتفاع حجم الخدمة ، تحسن في النتائج ، يصبح بالإمكان رفع الكفاءة . بإنتاج الخدمات بتكلفة أقل لكل وحدة ، وكذلك بتحقيق نتائج أكثر إيجابية . ويجب توحيد مثل هذه الخدمات التخصصية على مستوى المنطقة . سواء كان ذلك من خلال التنظيم أو من خلال تنافس السوق .

**خطط التأمين الصحي :**

تم إجراء مستوى آخر من تحليل الكفاءة على مستوى نظام خطط التأمين الصحي ، يقارن عادة منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) مع المجموعات المؤمن عليها تأميناً تقليدياً ، ومقدمي الخدمة لهم ، الذين يعتمدون أسلوب الرسوم مقابل الخدمة (Fee for Service) (Luft 1981) . يوجد فروقات تخصيصية وأخرى إنتاجية بين خطط التأمين هذه ، ويصعب تمييز سبب فروقات التكلفة .

هل ينتج التوفير الذي تحققه منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) لأنها تخصص موارد أقل للرعاية داخل المستشفى ، وموارد أكثر للوقاية ، أم لأنها تقدم الخدمات بتكلفة أقل ، أم لأنها ببساطة ، تحد من حرية استعمال خدمات الرعاية ، سواء كان لها منفعة هامشية أم لا ؟ . في مراجعة دقيقة لأدبيات البحوث قام بها لوفت (Luft 1981) ومراجعة لتجربة راند (RAND) العشوائية قام بها ماينج ولييويوترز وجولدبرج (Manning, Liebowitz and Goldberg 1984) يتوفر أفضل دليل ، فقد استنتج لوفت أن منظمات الحفاظ على الصحة قدمت الرعاية مقابل من (١٠) إلى (٤٠٪) أقل من نظم الرسوم مقابل الخدمة المساوية لها ، وأن جودة الخدمة المقدمة لم تكن أسوأ في منظمات الحفاظ على الصحة ، وأن أغلب التوفير الذي حققته هذه المنظمات كان بسبب وجود حالات دخول إلى المستشفى أقل من النظام التقليدي . ولم يميز ما إذا كانت حالات الدخول التي حققتها المنظمات أقل أو أكثر استثنائية (أي أنها متروكة لتقدير الممارس) من تلك التي أيقنتها .

وكذلك دعمت دراسة راند (RAND) التي طبقت بالتوزيع العشوائي في إحدى كبريات منظمات الحفاظ على الصحة ، استنتاجات لوفت ، فقد وجد الباحثون توفيراً بلغ (٢٥٪) بدون أي تأثير سلبي على صحة السكان عامة ، إلا أن الأشخاص الذين كانوا يعانون من المرض وفقراء ، في بداية الدراسة كانوا أفضل حالاً تحت نظام الرسوم مقابل الخدمة ، منهم في منظمة الحفاظ على الصحة . وقد يكون التوفير ناتجاً عن عوامل أخرى عدا اقتصاديات الوفرة ، واستخدام المزيج الكفء من القوى العاملة ، فقد يؤدي التغيير في الحوافز المالية ، والإدارة الأفضل للموارد إلى تخفيض الكفاءة - (X-Inefficiency) x .

ضمت مؤخراً إلى هذا الحوار منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) التي تنتهج أسلوب نقاط الخدمة (Point of Service) ، ومنظمات مقدم الرعاية المفضل (Preferred Provider Organizations) ، وبرايمج التأمين الذاتي (Self- Insured Plans) ذات مزايا لضبط التكاليف ، وكذلك برايمج الرعاية المدبرة (Managed Care) التي تتبع أسلوب الرسوم مقابل الخدمة (fee for Service) الأخرى . وقد أصبحت منظمات الحفاظ على الصحة وبرايمج التأمين التقليدية أكثر تشابهاً ، ويصعب تمييز الأسباب لأى اختلافات فى التكلفة (Luft 1988) مع أن الكثير من الممولين وخاصة شركات الأعمال يتسألون عما إذا كانوا يحققون أى توفير من تسجيل منسوبيهم فى منظمات الحفاظ على الصحة ، إلا أن توجه كل من الممولين فى القطاع الخاص والعام مازال يميل إلى التغيير إلى برايمج الرعاية المدبرة . تستمر عيادات الأطباء بالتوجه نحو أعداد ومزيج من القوى العاملة أكثر كفاءة ، وترتفع أعداد المستشفيات متوسطة الحجم وتقدم الخدمات الصحية والكلفة ، على المستوى الإقليمى ، كما ارتفع عدد نظم منظمات الحفاظ على الصحة وأعداد المشاركين فيها . ومع ذلك مازال نظام الرعاية الطبية يشكو من زيادة مفرطة فى الحجم والقدرة الإنتاجية وخدمات غير ملائمة وغير فعالة والإنتاج الزائد للرعاية التي تعتمد على التدخل الإجرائى بدلاً من الوقاية أو تعديل السلوك ، والتكلفة الإدارية المرتفعة والأرباح الزائدة التي يجنيها مقدمو الخدمة . ويستمر صانعو السياسات فى الكفاح لتقديم المزيج المناسب من التنظيم وتنافس السوق الذى يوفر الحوافز والضوابط للنوع والكمية المناسبة من الابتكارات التقنية والتخصيص المتميزين والعدالة فى سهولة منال خدمات الرعاية الطبية . وعلى الأقل يجب على السياسة أن توفر الحوافز لمقدمي الخدمة ليتبنوا الممارسات الفعالة فى تقديم الخدمات الطبية ، ويجب أن تقلل من التعارض بين السبل التنظيمية والسبل التنافسية لتحقيق هذه الأهداف .

### الخلاصة :

تشير الأدلة إلى أن مزيجاً من نظم السوق والتنظيم فى الولايات المتحدة لم تنتج الكفاءة الاقتصادية ، فلا يحفز مقدمو الخدمة لاختيار أساليب الإنتاج الفعالة ، ويطلبون

سعرًا قريباً من التكلفة ، ويقدمون الخدمة التي يطلبها أو يحتاجها المستهلكون . ويبدو أن البلدان الديموقراطية المتطورة الأخرى ، أكثر نجاحاً في ضبط الإنفاق والتأمين على مواطنيهم ، وتحقيق النتائج كما يتم قياسها بالأساليب التقليدية . ويصعب التحقق مما إذا كانت فعلاً أكثر كفاءة من البيانات الإجمالية ، حتى لو تحقق ذلك ، فإن تحقيق ضبط التكاليف وأهداف سهولة مثال الخدمات الصحية هي أهداف اجتماعية مهمة . يبدو أن مدفوعات الأطباء تمثل وجهاً من أوجه النظام الأمريكي التي ساهمت في الالافكة التي يعاني منها النظام . ويركز النقاش الذي يلي على لماذا يؤدي النظام إلى الالافكة ؟ وأنماط الالافكة المستحقة ، وفشل السوق في تصحيح المشكلات الناتجة ، وحل الحكومة التنظيمي لبرنامج مديكير (Medicare) ، والتأمينات لكفاءة نظام الرعاية الطبية الأمريكية .

### تطبيق : إصلاح نظام مدفوعات الأطباء

نظامنا الحالي لمدفوعات الأطباء هو نظام غير عادل ، وكذلك يساهم في الالافكة . هو نظام غير عادل لأنه يدفع فيه ، مبالغ مختلفة ، لأطباء مختلفين ، للقيام بنفس الإجراء حسب تاريخ رسومهم السابقة . وهو نظام غير كفء ، لأنه يدفع أكثر للأطباء ، لوحدة الوقت للإجراءات ، أكثر من الخدمات الإدراكية (Cognitive Services) . يؤثر النظام على أنماط الممارسة ، وقد يؤدي إلى الزيادة في تقديم بعض الإجراءات غير الفعالة والمكلفة . إضافة إلى ذلك فإن الخدمات الطبية عامة قد أعطيت قيمة أكبر من قيمة السلع والخدمات الأخرى في الاقتصاد وذلك بسبب نظام تعويض الطرف الثالث (Third- Party Reimbursement) . وتجذب التركيبة السعري المشوهة الأطباء الجدد عن الرعاية الأولية وإلى التخصصات التي تعتمد على الإجراءات الطبية مثل الجراحة الأشعة .

تشير الأدلة إلى أن من (١٧٪) إلى (٣٠٪) من الإجراءات التشخيصية والعمليات الجراحية ، هي غير ملائمة أو غير لازمة ، ومن (٨٪) إلى (٣٠٪) أخرى ، من التشخيص والجراحة هو ذو قيمة مشكوك فيها (Chassin, Kosecoff and Park 1987) .

إضافة إلى ذلك يوجد قصور في عدد مقدمي الرعاية الأولية ، وتضخم في عدد الجراحين والإخصائيين الآخرين في التخصصات التي تعتمد على الإجراءات . وكما نوقش في الفصل الثالث ، هناك حرص كبير على فعالية الخدمات ، والاختلافات في أنماط الممارسة التي لا ترتبط بنتائج المرضى . ويبدو أن الكثير من خدمات الرعاية الطبية هي ذات قيمة مشكوك فيها ، إلا أن الحوافز لتقديمها قوية ومباشرة ، تحت نظام الرسوم مقابل الخدمة الذي يموله التأمين الطبي . وقد أنتج ضبط الأسعار التنظيمي ، والتنافس اللافعال مدفوعات أعلى مما يجب لجذب المزيد من مقدمي الخدمة إلى حقل الطب . فعلى سبيل المثال كان متوسط دخل الطبيب العام في الولايات المتحدة ١٧٤٠٠ دولار خلال عام ١٩٨٥ م ، وهو أكثر من ضعف المبلغ في كندا وثلاثة أضعاف المبلغ في المملكة المتحدة (Sandier 1990) . وجد فيوكس (Fuchs 1990) أن إنفاق الأطباء للفرد الواحد في الولايات المتحدة أعلى ١.٧٢ مرة منه في كندا في عام ١٩٨٥ . وقد علقت جميع الفروقات بارتفاع الأسعار ، إذ إن الرسوم للإجراءات الطبية في الولايات المتحدة أعلى منها في كندا بثلاثة أضعاف ، علماً أن رسوم خدمات التنويم والإدارة أعلى في الولايات المتحدة (٨٠٪) فقط ، أما صافي دخل الأطباء في الولايات المتحدة فهو أعلى منه في كندا بحوالي الثلث فقط على الرغم من الفروقات الكبيرة في الرسوم ، ويرى فيوكس أن ذلك قد يكون ناتجاً عن تكاليف النفقات العامة المرتفعة لأطباء الولايات المتحدة وعيب عمل أقل لهم . وتدعم هذه المدفوعات نظاماً يزدهر بون الحاجة إلى تقليل تكلفة إنتاج الرعاية بمستوى معين من الجودة .

انكشف مؤخراً بعض الجوانب في نظامنا الصحي الاستثنائي في ولاية فلوريدا ، حيث يشجع استثمار الأطباء في المختبرات والمرافق التشخيصية ووحدات العلاج الطبيعي ، وقد فرضت المراقبة الملوكة للأطباء رسوماً أعلى من غيرها ، وقدمت وحدات من الخدمة أكثر لكل مريض ، وكانت الرعاية المقدمة أقل جودة من المرافق المثلثة التي لا يملكها مستثمرون أطباء (Pear 1991 b) . في دراسة عن تكرار وتكلفة التصوير التشخيصي فحص هلمان وآخرون (Hillman et al 1990) مطالبات تعويض من التأمين الصحي لـ ٤٠٢٤٥٨ موظفاً وأسرهم ، في شركة أمريكية كبرى ، ووجدوا أن الأطباء في العيادات الخاصة الذين يقدمون خدمات التصوير في عياداتهم بدلاً من تحويلها

إلى أخصائى الأشعة ، قد أجروا فحوصات تصويرية أكثر ب أربعة أضعاف من أخصائى الأشعة ، وفرضوا رسوماً أكثر بكثير لفحوصات متماثلة فى التعقيد .

مما أدى إلى كون متوسط رسوم التصوير أعلى عند هؤلاء الأطباء بسبعة أضعاف ونصف من إخصائى الأشعة . وتشير هذه النتائج إلى استنتاج أن نظام التمويل فى الرعاية الصحية قد يؤدي إلى اللاكفاءة من خلال المدفوعات والاستخدامات الزائدة عن اللازم ورداعة النوعية .

لقد اتضح منذ زمن ، أن نظام «المعتاد والسائد والمعقول» (customary, pre- (CPR) vailing and Reasonable) المستخدم للدفع للأطباء هو نظام غير صحيح . فقد عوضت مديكير والعديد من شركات التأمين الخاصة ، تحت هذا النظام المبلغ الأقل من وسط (Median) رسوم الطبيب للخدمة خلال العام السابق (وهذا هو المعتاد) والرسوم السائدة فى منطقة ما والرسوم الفعلية ، إلا أن الرسوم السائدة محدودة وفق تغير مئوى مسموح به من الفترة الأساسية ، ويمثل هذا أسلوب السوق التنظيمية فى التسعير . وقد أثر النظام نفسه فى السوق ، حيث تبنى الكثير من الممولين أسلوب الدفع حسب مايفرضه الآخرون من رسوم ، وكانت النتيجة ارتفاعاً كبيراً فى معدل تضخم أسعار الأطباء (Frech and Ginsberg 1978) ، ولم يعد ممكناً تعديل الأسعار بتخفيضها حتى عندما يكون ذلك مبرراً . فعلى سبيل المثال تكون الكثير من الإجراءات الطبية صعبة وعلى قدر من الخطورة فى بداية استخدامها ، وتكون أسعارها المرتفعة مبررة ، ولكن بعد أن يكتسب الأطباء الخبرة ويطورون أساليب محسنة لتقديم الخدمة ، قد يصبح أداء هذه الإجراءات أكثر سهولة وأقل خطراً ، إلا أن الأسعار تبقى على المستوى المرتفع . وتمثل جراحة إزالة إعتام عدسة العين (Cataract) مثلاً رائعاً على ذلك ، إلا أن الحكومة تدخلت أخيراً لتخفيض أسعار هذا الإجراء تحت نظام مديكير . طور وليام هسايو (william Hsaio) بالتعاون مع الجمعية الطبية الأمريكية (American Medical Association) والعديد من مجموعات التخصصات الطبية مقياس القيمة النسبية المبني على الموارد (Resource- based relative Value Scale) ، وكان الهدف تطوير مجموعة من الأسعار المدارة (Administered prices) التى تعكس قيمة السوق النسبية لكلفة تقديم كل خدمة . وأغلب الكلفة هى «العمل» المطلوب لتقديم الخدمة .

طور هساو وآخرون (Hsaio et al 1989) منهجيات لقياس «العمل» ويشمل ذلك عناصر الوقت ، والمجهود الفكرى والتميز والمهارة الفنية والضغوط النفسية والمجهود الجسماني . كما أن تكاليف العيادة هي - أيضاً - عنصر هام . أصدر الكونغرس أمراً بإقرار نظام مدفوعات جديد مجسداً في قانون توفيق الميزانية الشامل الصادر عام ١٩٨٩م (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1981) ، وشملت التغييرات جدولاً جديداً للرسوم مبنى على نموذج نظام القيمة النسبية المبني على الموارد (RBRVS) ، وجدولاً على مجموع المدفوعات ومعايير أداء حجم العمل (Physician Payment Review Commission 1991) . ويعمل العنصر الأخير على تعديل الأسعار بالانخفاض إذا استجاب الأطباء للمدفوعات الأقل ، برفع حجم الخدمات . وقد طبق النظام مرحلياً على برنامج مديكير خلال فترة خمس سنوات بدأت في يناير ١٩٩٢م وسوف يتبنى الممولون الآخرون جانباً من هذا النظام ، وبالتالي ، يحتمل أن يؤثر تأثيراً جوهرياً على قطاع الرعاية الطبية . تنبأت المحاكاة (Simulation) التي أجريت على المرحلة الأولى من برنامج (RBRVS) الجديد بتحويلات جزئية في موضوعات الإجراءات ودخول الأطباء حسب التخصص ، ويتوقع بعض الاستجابات السلوكية للتعويض عن الخسارة المحتملة في الدخل .

فعلى سبيل المثال سترتفع مدفوعات الرعاية الصحية الأولية حوالى (٢٠٪) ، فيما ستتناقص مدفوعات الإجراءات الجراحية الكبرى (مثل : عمليات شرايين القلب التاجية واستبدال الورك الكامل) بحوالى (٢٤٪) و(٢٣٪) على التوالي . كما ستتناقص مدفوعات الإجراءات التشخيصية ، إذ ستتناقص مدفوعات فحوصات جهد الأوعية الدموية والقلب (Cardiovascular Stress test) . بـ(٢٩٪) . سيشهد الأطباء الذين يقدمون التقييم الأولي والخدمات التدبيرية ارتفاعاً في مدفوعات مديكير لهم بمقدار (٢٩٪) (الطب العام) و(٢٠٪) (طب الأسرة) بحلول عام ١٩٩٦ عندما يتم تطبيق البرنامج بالكامل . سيشارك متوسط التخصصات الجراحية من انخفاض في المدفوعات بمقدار (٧٪) ، وقد يصل الانخفاض لبعض التخصصات الدقيقة مثل جراحة الصدر (Thoracic Surgery) إلى (١٤٪) (U.S. Department of Health and Human Services 1991) .

صمم النظام أساساً ليكون حياً للميزانية ويؤمل أن يؤدي في النهاية إلى انخراط لبرنامج مديكير بتخفيض الاستخدام الزائد عن اللازم للرعاية الموجهة للإجراءات وتحسين جودة وملاءمة الرعاية ، وتغيير توزيع الأطباء بين التخصصات (Hsaio 1991) . سوف تقوم هيئة مراجعة مدفوعات الأطباء ووكالة تمويل الرعاية الصحية (HCFA) بمراقبة تأثيرات النظام الجديد عن كثب وتقييمها . وفيما جادل البعض بضرورة تجريب النظام وتقييمه على المستوى المحلي أولاً ومقارنته بنموذج تركيبة الرسوم المتفاوضة (Negotiated- fee Structure System) ، ومن ثم يعم تطبيقه في البلاد كما حدث لنظام المدفوعات المستقبلية (Prospective Payment) للمستشفيات . سيواجه باحثو الخدمات الصحية تحديات كثيرة في تقييم تأثيرات النظام الجديد ، مثل كيف سيؤثر على الكفاءة الإنتاجية والكفاءة التخصيصية لنظام الرعاية الصحية ؟ وماهى تأثيرات المدى القصير والمدى الطويل على تكلفة وأنماط الرعاية الطبية ؟ وكيف سيؤثر النظام على توزيع الأطباء والدخل بين الرعاية الأولية والرعاية التخصصية وكذلك بين التخصصات ؟ وأخيراً ماهو تأثير النظام على التغيير التقني ، وماهى التضمنات لكل من الفعالية والكفاءة ؟ . وكانت الأسئلة الرئيسية المطروحة فيما يتعلق بأهداف الكفاءة . ماهى تركيبة سلع وخدمات الرعاية الطبية التى سوف تنتج بموارد المجتمع المحدودة ، وكيف تنتج ؟ . وهل تحقق القيمة القصوى فيما يتعلق بصالح المستهلك ؟. القضايا الناتجة هى : ماهى الآلية الأساسية المتوفرة لاتخاذ هذه القرارات ، وماهو التوجه الذى سيؤدى إلى «أفضل» أداء لمجتمع معين ؟

تشير الأدلة إلى أن الولايات المتحدة لاتحقق القيمة القصوى من الموارد المخصصة لخدمات الرعاية الطبية ، وقد يكون أداؤها أقل جودة من العديد من الدول المتقدمة الأخرى . وتشمل المؤشرات الدليل على التبدلية فى استعمال الخدمات ، وعدم كفاءة وملاءمة الكثير من الإجراءات الطبية كما هو موثق فى الفصل الثالث ، منها قصور كبير فى الاستثمار فى خدمات وقائية مختارة بما فيها رعاية ما قبل الولادة ، والتركيز على الرعاية التى تميل إلى استخدام الإجراءات ، وهى مكلفة ، وقد تضيف إضافة هامشية محدودة إلى الصحة ، ومعدلات إنفاق مرتفعة ، ونتائج ضئيلة نسبياً على كثير من مؤشرات صحة السكان مقارنة بالبلاد الأخرى . إضافة إلى ذلك وثق العديد من



الدراسات أن خدمات المستشفيات والأطباء والتأمين الصحي ، لا تنتج بالكثير السبل كفاءة ، وتشير بيانات المقارنة أن الأسعار والدخول المرتبطة ، أنها أعلى من الضروري لكي تجتنب الموارد المطلوبة للرعاية الصحية . ويشمل الدليل إمكانيات فائضة ، وعدم الاكتراث بالمزيج الأكثر كفاءة من القوى العاملة ، والفشل في استغلال اقتصاديات الوفرة المحتملة .

يقع اللوم على مزيجنا الفريد من التمويل التعددي غير المحدد ، وعدم التخطيط والتنظيم الفعال (أي الاعتماد على سوق خاص منقوص ، والاعتماد على مقدمي خدمة استثماريين غير منتظمين) وصناعة للتقنية الطبية بمعونة مالية فدرالية ، ومجموعة سكانية لها توقعات مرتفعة وربما غير واقعية ، لما يمكن للطب أن يسهم نحو الصحة . فيما تستمر التكلفة بالارتفاع ، نتخبط في جدل عن النوع والمزيج المناسب من آليات السوق والحكومة ، للرفع من مستوى أداء نظام تقديم الرعاية الطبية .

هل يجب على الولايات المتحدة أن تتجه نحو الأسلوب واسع النطاق الذي ثبتت فعاليته ، المطبق في كندا وأوروبا الغربية ، حيث تمارس الحكومة والمجتمع ضبطاً مباشراً على الإنفاق ، أم تتجه نحو سوق مدبرة ، أعيدت هيكلتها لتنظم مقدمي التأمين الصحي ، وتوفر حوافز واضحة لمقدمي الرعاية والمستهلكين ، لاتخاذ قرارات صحيحة على المستوى الدقيق . إن ضبط التكلفة المحقق من خلال الأسلوب واسع النطاق ، لا يتحول بالضرورة ، مباشرة ، إلى الكفاءة . ولكن لم تبرهن بعد الحوافز على المستوى الدقيق في قدرتها على ضبط التكاليف ، مما يجعل الكفاءة التحصيلية غير متوقعة . ودراسة النماذج البديلة التي تطورت على مستوى الولاية أو المستوى المحلي أو على المستوى الوطني ، وقياس تأثيرها على الصالح العام والتكلفة ، سوف نبداً أن نميز بوضوح الإجابات على الأسئلة المعلقة عن كيف نرفع مستوى الكفاءة في نظام الرعاية الطبية الأمريكي .

#### ملاحظات

يستثنى الإنفاق للنشاطات البيئية (مثلاً إيقاف تلوث الماء والهواء ومعالجة مياه الصرف الصحي ومصادر لمياه الشرب) ، من حسابات الصحة الوطنية (Levit et al 1991) .



## المراجع :

- American Medical Association. 1990 Medical Group Practice in the United States : Survey of Practice Characteristics. Chicago: American Medical Association.
- Berki, S. 1972. Hospital Economics. Lexington, MA: D: C. Heath and company.
- Brown, D. M. 1988. "Do Physicians Underutilize Aides?" Journal of Human Resources 23: 342-55.
- Chassin, M. R., J.Kosecoff, and R. E. Park. 1987, "Does Inappropriate Use Explain Geographic Variations in the Use of Health Services? Astudy of three procedures" Journal of the American Medical Association 258: 2533- 37.
- Cowing, T. G. A. Holtmann, and S. Powers. 1983. "Hospital Cost Analysis: A Survey and Evaluation of Recent Studies." In Advances In Health Economics and Health Services, Volume 4, edited by R. Scheffler and L. Rossiter. Green - wich, CN: JAI ress.
- Eddy, D. 1980.Screening for Cancer: Theory, Analysis, and Design. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Evans, R., and G. Stoddart. 1990 . "Producing Health, Consuming Inealth Care Social Science and Medicine 31: 1347- 63.
- Feldstein, P.J. 1988. Health Care Economics. New York: John wiley & Sons.
- Frech, H. E., and P. B. Ginsburg. 1974. "Optimal Scale in Medical Practice: A survivor Analysis."Journal of Business 47 (1): 23-36.
- \_\_\_\_\_. 1978. Public Insurance in Private Medical Markets. Washington, DC: American Enterprise Institute.
- Fuchs, V. 1974. Who Shall Live? New York: Basic Books.
- \_\_\_\_\_. 1990. "How Does Canada Do It ? Acomparison of Physicians' Services in the United States and Canada." New England Journal of Medicine 323:884-90.
- Grannenmann, T. W., R. S. Brown, and M. V. pauly 1986. "Estimating Hospital costs: AMultiple-Output Analysis." Journal of Health Economics 5: 107-27.
- Hadorn, D. 1991. "Setting Health Care priorities in Oregon: Cost-Effectiveness Meets the Rule of Rescue Joutnal of the American Medical Association 265: 2218-25.
- Hillman, B. J., C. A. Joseph, M. R. Mabry, J. H. Sunshine, S. D. Kennedy, and M. Noether. 1990. "Frequency and Costs of Diagnostic Imaging in Office practice: A Comparison of Self-Referring and Radiologist- Referring Physicians." New England Journal of Medicine 323: 1604-8.
- Hsiao, W. C. 1991. "Changing physician Payment: Will it Affect Rotal Cost?"In The Future of Health Care: Public Concerns and Policy Trends. Waltham, MA: Massachusetts Health Data Consortium, Inc., PP. 11-14.
- Hsiao, W. C., P. Braun, D. Dunn, E. R. Becker, M. DeNicola, and T. R.
- Ketcham. 1988a. "Results and Policy Implications of the Resource-Based Relative Value study." New England Journal of Medicine 319: 881- 88.

- Hsiao, W. C., P. Braun, D. Yntema, and E. R. Becker. 1988b. "Estimating Physicians' Work for a Resource-Based Relative Value Scale." *New England Journal of Medicine* 319: 835-41.
- Jonsen, A. 1986. "Bentham in a Box: Technology Assessment and Health Care Allocation." *Law, Medicine and Health care* 14:172-74.
- Lee, R. H. 1990. "The Economics of Group Practice: A Reassessment." In *Advances in Health Economics and Health Services Research*, edited by R. M. Scheffler and L. F. Rossiter, 111-29. London: JAI Press.
- Levit, K. R., H. C. Lazenby, C. A. Cowan, and S. w. Letsch. 1991. "National Health Expenditures 1990." *Health Care Financing Review* 13 (1):29-54.
- Lubitz, J., and R. Prihoda. 1984. "The use and Costs of Medicare Services in the Last 2 Years of Life." *Health care Financing Review* 5 (3): 117-31.
- Ludbrook, H. 1987. "Economic Appraisal and planning Decisions for health Technologies". In *Economic Appraisal of Health Technology in the European Community*, edited by M. F. Drummond, 120-35. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Luft, H. S. 1981. *Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance*. New York Wiley Interscience.
- \_\_\_\_\_. 1988. "HMOS and the Quality of care." *Inquiry* 25:147-56.
- Luft, H. S., J. P. Bunker, and A. C. Enthoven. 1979. "should Operations be Rationalized? The Empirical Relation Between Surgical Volume and Mortality." *New England Journal of Medicine* 20: 1364-69.
- Manning W., A. Liebowitz, and G. A. Goldberg. 1984. "A Controlled Trial of the Effect of a pre paid Group practice on use of services" *New England Journal of Medicine* 310: 1505-10.
- Manning, W., J. Newhouse, N. Duan, E. Keeler A. Leibowitz, and S. Marquis. 1987. "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment." *American Economic Review* 77 (3): 251-77.
- Marder, W. D., and S. Zuckerman. 1985. "Competition and Medical Groups: A Survivor Analysis." *Journal of Health Economics* 4 (2) : 167-76.
- McKeown, T. 1990. "Determinants of Health." In *The Nation's health*, edited by P. R. Lee and C. L. Estes. Boston: Jones and Bartlett.
- McKeown, T., and C. R. Lowe . 1974. *An Introduction to Social Medicine*. London: Blackwell Scientific Publications.
- National Center for Health Statistics. 1991. *Health, United States, 1990 DHHS Pub. No. PHS 91- 1232*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Newhouse, J. P. 1973 "The Economics of Group Practice." *Journal of Human Resources* 8 (1): 37-56.
- Organization for Economic Cooperation and Development. 1990. *Health Care Systems in Transition*. SPS No. 7. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.

- Pear, R. 1991a. "Insurer Offers Medical Screening as Part of policy. " New York Times, 19 June: 1.
- \_\_\_\_\_. 1991b. "Study Says Fees Are Often Higher when Doctor Has Stake in Clinic. "New York Times, 9 August: A 1.
- physician Payment Review Commission. 1991. Annual Report to Congress. Washington, DC: Physician payment Review Commission. 1991. Annual
- Preventive Services Task force. 1989. Guide to Clinical Preventive Services Report of U.S. Preventive Services Task Force. Baltimore, MD: Williams and Wilkins .
- Reinhardt, U. E. 1972. "A production Function for Physician Services. "Review of Economics and Statistics 54 (1) : 55- 66.
- \_\_\_\_\_. 1975. Physician Productivity and the Demand for Health Manpower. Cambridge, MA: Ballinger Publishing Company.
- Sandier S. 1990. "Health Services Utilization and physician Income Trends. "In Health Care System in Transition. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development. PP. 41-56.
- Schieber, G. J., and J. P. Poullier. 1990. "Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures. "In Health care Systems in Transition. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development. PP. 9 -15.
- Scitovsky, A. A. 1988. "Medical Care in the last Twelve Months of Life: The Relation between Age, Functional status, and Medical Care Expenditures." Milbank Quarterly 66: 640- 60.
- Smith, K. R., M. Miller, and F. L. Golladay. 1972. "An Analysis of the Optimal Use of Inputs in the Production of Medical Services." Journal of Human Resources 7 (2) 208 - 55.
- U.S. Department of Health and Human Services. 1990. prevention' 89/90 : Federal Programs and Progress. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- \_\_\_\_\_. 1991. "Rules and Regulations."Federal Register 56 (227) : Monday, 25 November.
- Waldo, D., and K. C. Lazenby. 1984. "Demographic Characteristics and Health Care Use and Expenditures by the Aged in the United States: 1977-1984. Health Care Financing Review 6 (1): 1-29.
- Webster, J. R., and C. Berdes. 1990. "Ethics and Economic Realities: Goals and Strategies for Care toward the End of life."Archives of Internal Medicine 150: 1795 - 97.



## الفصل السادس

### الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الصحية

#### مفاهيم ومنهجيات

من الأسئلة الأساسية في اعتبارات الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية مايلي : هل يتضمن الإنصاف في الوصول إلى الرعاية ، أحقية للرعاية الطبية ؟ مما يؤثر بطبيعة الحال السؤال التالي : كيف يمكن تعريف أهداف الإنصاف في نظام الرعاية الطبية الأمريكي ؟

يتركز حوار السياسة الصحية عن الإنصاف على معنى وأهمية ضمان حق الرعاية الطبية للسكان .

يوضح هذا الفصل ، أولاً : أهداف الإنصاف في نظام الرعاية الطبية من خلال فحص الأسس الأخلاقية والتجريبية للأحقية للرعاية الطبية . وثانياً : يصف أساليب بحوث الخدمات الصحية المستخدمة لتقصي مدى تحقيق هذا الهدف .

لقد لعبت بحوث الخدمات الصحية دوراً هاماً ، ولا زالت ، في صياغة وتوضيح أهداف الإنصاف . وقد حددت بحوث وتوصيات هيئة تكاليف الرعاية الطبية (Committee on the Cost of Medical Care) الأولى (١٩٢٧ - ١٩٣٢م) وذات النفوذ الكبير ، وتوقعت الكثير من المشكلات والطلول التي لازالت نقطة تركيز السياسات الصحية ، وكذلك اعتبارات بحوث الخدمات الصحية للإنصاف (Anderson 1990; Committee on cost of Health care 1932; Roemer 1985) . ومن توصيات اللجنة مايلي ، أولاً : يجب أن تقدم الخدمات الصحية ، الوقائية منها والعلاجية ، من قبل مجموعات منظمة من الأطباء والقوى العاملة الصحية الأخرى . ثانياً : يجب أن تكون جميع خدمات الصحة العامة الأساسية متوفرة للسكان قاطبة ، حسب الاحتياج لها . وثالثاً : يجب أن تدفع تكاليف الرعاية الطبية على أساس منفرعات جماعية من خلال استخدام التأمين الصحي أو الضرائب أو كليهما . ورابعاً : يجب أن تكون دراسة وتقييم وتنسيق

الخدمات الطبية ، نشاطات هامة لكل ولاية ومجتمع ، ويجب أن يلقي تنسيق الخدمات الرفيعة مع الخدمات في المدينة ، عناية خاصة . وخامساً : يجب أن يتوسع في تعليم ممتهني الصحة ليشمل الاهتمام بالنواحي الاجتماعية ، إضافة إلى النواحي الفنية من الممارسة الطبية . إن تطور ونشأة وتكاثر الخضم الهائل من منظمات الرعاية الطبية (مثل : منظمات الحفاظ على الصحة (Health Maintenance Organizations) – ومنظمات مقدم الرعاية المفضل (Preferred Provider Organization) – واتحاد الممارسة المستقل – (Independent Practice Association) – وغيرها ، ودعم التعليم الطبي والقوى العاملة الطبية وبرامج تقديم الخدمة في المناطق ذات الاحتياج ، وتطوير جهود التخطيط على المستوى المحلي وعلى مستوى الولاية ، والمستوى الإقليمي ، ونمو دور مؤسسات التأمين الصحي العامة والخاصة في العقود التالية لدراسة هيئة تكاليف الرعاية الطبية ، كانت جميعها من تتبؤات توصيات تلك اللجنة المبدعة .

كما أولت المسوحات التي أجرتها هيئة تكاليف الرعاية الطبية (CCMC) نظرة تجريبية على مسألة الإنتصاف ، بطريقه لازالت تقود الكثير من الدراسات المعاصرة على إمكانية مثال الخدمة . ومن النتائج الأساسية للمسوحات السكانية التي أجرتها الهيئة ، على سبيل المثال ، أن المجموعات السكانية ذات الدخول المنخفضة ، عانت من الأمراض أكثر من غيرها من المجموعات السكانية ، وتلقت رعاية طبية أقل منها . ووجدت اللجنة أن عبء التكلفة وقع بشكل غير متكافئ على السكان الأشد مرضاً ، علماً أن الكثير منهم لم يكونوا قادرين على الدفع للرعاية .

يعكس نمو صناعة التأمين الصحي الخاص ، منذ البرنامج الأول للتأمين الصحي للمجموعة (Group Health Insurance) (وهو النواة التي نشأ منها الصليب الأزرق) الذي أطلقه مستشفى جامعة بايلور في دالاس بولاية تكساس عام ١٩٢٩م وذلك للتأمين على أساتذة المدارس العامة ، ونمو مدى تغطية التأمين العام الذي تدعمه الحكومة الفدرالية . إن الذي توج بإقرار قانون مديكير ومديكير في منتصف الستينيات ، مبدأ نموذج التمويل من الطرف الثالث (Third - party Financing) الأساسي نحو الإنتصاف ، إذ ينص المبدأ على تخفيض عبء المرض ، الذي يجب أن يتحملة أى فرد أو أسرة من خلال المشاركة في مسئولية التمويل أو توزيع التكلفة . يدعو وضع تغطية كل من التأمين



الصحة العام والخاص الحال في الولايات المتحدة إلى الريبة في الدرجة التي يشكل فيها مبدأ المسؤولية المشتركة ، وهذا هو أساس نظام مدفوعات الطرف الثالث الحالي .

يسعى أرباب العمل بزيادة مستمر إلى الحد من أعداد الذين تشملهم التغطية التي يقدمونها وإلى تخفيض النصيب الذي يلتزمون بدفعه من أقساط التأمين . وينشد المؤمنون مشاركة مقدمي الرعاية كصانعي القرار أو كمراقبين على أنواع الخدمة التي يجب تقديمها أو اعتمادها لشمولها في التأمين ، إضافة إلى أنهم يحصرون المجموعة السكانية التي يرغبون في التأمين عليها حسب مستوى الخطورة ، والتكلفة التي يتوقعون أن تكون عليه هذه المجموعة . ويرتبط مقدمو الخدمة بمنظمات الممارسة الطبية التنافسية ، وذات فعالية تكلفة (Cost Effectiveness) مرتفعة بما يجعلهم في موضع أفضل لاقتناص حصة من سوق الرعاية الصحية ، والحفاظ عليها . نتيجة لذلك فقد أصبح التمييز بين دورهم كمهنيين حريصين على خدمة مرضاهم وتلبية احتياجاتهم الصحية ودورهم كوكيل تجارى معنى بإدارة مصالحهم المالية يزداد إبهاماً .

مع تناقص الدعم الفدرالى لبرنامج مديكير خلال العقد الماضى وتناقص نسبة السكان الفقراء المستفيدين من تغطية برنامج مديكير ، وتناقص الخدمات والامتيازات المقدمة لهم . وكذلك تناقص المبالغ المدفوعة لمقدمي الخدمة ، والمرضى الذين يغطيهم هذا البرنامج . وأدى نظام المدفوعات المستقبلية (Prospective Payment System) الذي يتبناه برنامج مديكير ، إلى القلق بشأن خروج المرضى المسنين من المستشفى «أسرع وأمرض» من النظام السابق ، وكذلك إلى ارتفاع مستوى الإدراك إلى عدم وجود نظام ملائم وافٍ للتمويل ، لرعاية هذه المجموعة السكانية المسنة على المدى الطويل ، فى المجتمع أو المؤسسات الصحية . أدت الثغرات فى شبكة أمان تغطية التأمين التي نتجت عن هذه التغييرات فى سوق التأمين الصحة العام والخاص ، إلى ارتفاع كبير فى عدد الأمريكيين الذين لديهم تأمين صحى غير كاف ، أو لاتأمين لديهم إطلاقاً . إضافة إلى ذلك ، يواجه الكثير من المستشفيات ومقدمي الخدمة الآخرين الذين يخدمون عدداً غير متكافئ من المسنين والفقراء ، أو غير المؤمن عليهم ، مشكلات مالية خطيرة بسبب استمرار ارتفاع تحملهم لأعباء الرعاية غير المعوض عنها أو المعوض عنها تعويضاً أقل مما ينبغي . تؤدي هذه الصورة المنبثقة لنظام تقديم الرعاية

الأمريكي إلى تساؤلات خطيرة عن إنصاف وعدالة نظام الرعاية وتمويلها . ومن التطورات الهامة في حوار السياسة الصحية حول هذه القضية ، نشر الطروحات لتأمين صحي أكثر شمولية ، أو لتأمين صحي وطني . هذه القضية وهذا الحوار ليسا بجديدين ، فقد كانت الأسس المفاهيمية والتجريبية ، لتأمين الصحة الوطني ، جزءاً لا يتجزأ من مشاورات وتوصيات هيئة تكاليف الرعاية الطبية . أدى إجماع السياسة الصحية في منتصف الستينيات إلى برنامج مديكير للمستنين المبني على الضمان الاجتماعي وإلى برنامج مديكيد للفقراء المبني على الإنعاش الاجتماعي . كما أنتج إدراك ثغرات ومحدوديات كم كبير من طروحات التأمين الصحي الوطني : ففي عام ١٩٧٦م قدم أكثر من ١٢٥ مقدماً ، ٢١ من هذه الطروحات المختلفة في الكونجرس الأمريكي (Anderson 1990) . ويسعى النقاش التالي إلى توضيح وتحديد هدف الإنصاف في إمكانية الوصول إلى الرعاية الطبية ، كما سيتم فحص الجوانب الأخلاقية والتجريبية من الإنصاف ضمن إطار الافتراضات المتأصلة في أحقية الحصول على الرعاية الطبية .

### الإطار المفاهيمي والتعريفات :

#### مفهوم أحقية الحصول على الرعاية الطبية :

الحقوق هي مثل بطاقات الدخول ، فهي تشير إلى «الأسباب المناسبة لالتماس أو المطالبة بشيء» ، وقد تكون «الأسباب المناسبة» مبنية على أساس القوانين الاجتماعية غير الرسمية نسبياً (الخدمة حسب أولوية الوصول) - (First come First Served) - أو الأنوار المؤسساتية الأكثر رسمية (إمكانية دخول الأعضاء قبل غيرهم) . ضمن هذه الأعراف الرسمية وغير الرسمية هناك اعتبارات أخلاقية ومسلكية لما يبدو أنها طريقة عادلة لحل مثل هذه المطالبات عندما تكون سبيل تحقيقها (مثل مقاعد دور السينما أو بطاقات دخول لعرض خاص) محدودة .

إضافة إلى ذلك فقد تبقى هذه الأعراف كمعتقدات أخلاقية ضمنية ونسبية ، أو قد تترجم إلى قوانين رسمية ظاهرة ، حسب مستوى الإجماع المجتمعي فيما يتعلق بجدية

المطالب ، وأفضل السبل لوفائها (Dougherty 1988) لجميع الحقوق ، والمنافع التي تؤدي إليها هذه الحقوق أثمانها . وتتضمن عادة المطالبة بالحقوق أعباء ناتجة ، مالية وغير مالية ، للتأكد من أن المنافع المرجوة توزع بالعدل . فقد تستلزم الحقوق على سبيل المثال فرض مطالب على الآخرين ، إما للامتناع عن ممارسة السلوك الذي قد يمنع توزيع المنافع (الحقوق السلبية) - مثل منع التمييز العرقي ، أو التمييز على أساس الجنس - على سبيل المثال - أو فرض سلوك معين لضمان توفير المنافع (الحقوق الإيجابية) - مثل زيادة الضرائب أو الأقساط للدفع لهذه المنافع - ومن الأمور المرتبطة بقضية الأحقية للرعاية الطبية ، هناك قضية التوزيع العادل لمنافع الرعاية الناتجة (المطالب) أو الأعباء (تكاليفها) (Dougherty 1988) .

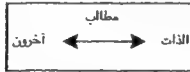
يلخص الشكل (١-٦) الأسئلة المطروحة في توضيح مفهوم الإنصاف : هل يتضمن الإنصاف في الوصول إلى الرعاية ، أحقية للرعاية الطبية ، حيث تشمل الأحقية مطالب ضد آخرين ، لسلع وخدمات الرعاية الطبية ، وماهى المبادئ الأخلاقية لتقرير أى المطالب هي العادلة ، حيث تشير «عادلة» إلى التخصيص النصف للمنافع والأعباء ، والعدالة هي المبدأ الأخلاقي المركزي لشأن ما إذا كان الإنصاف يتضمن أحقية للرعاية الطبية . وتتجعد ادعاءات الأفراد والمجموعات «بأهلية» للرعاية ، كلاً من المنافع والأعباء . وتكون الأحكام اللاموضوعية في من له الأهلية حقاً ، ولماذا ، صلب موضوع تحديد عدالة المطالبات . إن الإنصاف أو العدالة التوزيعية تعنى بالتخصيص العادل للمنافع والأعباء بين من يستحقون الرعاية ومن هم قادرون على الدفع لها . وقد تكون المجموعتان واحدة ، وقد تكون مختلفة . وتشمل القرارات على المستوى الدقيق (من قبل الأفراد أو المؤسسات من مقدمي الخدمة) التي توجهها اعتبارات مبدأ العدالة التوزيعية ، ما إذا كانوا سيقبلون علاج المرضى غير المؤمن عليهم ، أو مرضى مديكير (الفقراء) ، وأنواع وكثافة الخدمات التي هم على استعداد لتقديمها . أما القرارات واسعة النطاق (الاجتماعية أو الحكومية) فتشمل تحديد أولويات . بخصوص المنافع التي يجب توفيرها ، والمجموعات السكانية التي يجب تغطيتها وتخصيص تكاليف برنامج تأمين صحي شامل . وتدعو الافتراضات الأساسية لمفهوم الأحقية للرعاية الطبية إلى فحص كل من أهداف الفعالية والكفاءة والإنصاف من جهة . والتوازن والتعادل بينهما من جهة أخرى .

وتشمل هذه الافتراضات مايلي : (١) تشير «الأحقية» إلى الأحقية في الرعاية الطبية وليس الأحقية في الصحة . (٢) الموارد لتخصيص الرعاية الطبية هي محدودة . (٣) يجب أن تعنى السياسة الصحية بتصميم آلية «عادلة» لتخصيص الموارد الطبية النادرة .

### الشكل (١-٦) : مفهوم الأحقية إلى الرعاية الطبية .

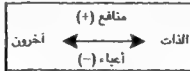
#### القضية الرئيسية

هل يتضمن الإتصاف في الوصول إلى الرعاية ، أحقية إلى الرعاية الطبية حيث تشمل الأحقية مطالب ضدآخرين لسلع وخدمات الرعاية الطبية ؟



#### القضية الملزمة

ماهى المبادئ الأخلاقية لتقرير أى المطالبات هي العادلة حيث تشير العدالة الى التخصيص المنصف للمنافع والأعباء .



لا تعنى الأحقية للرعاية الصحية أو الرعاية الطبية أحقية إلى الصحة . فقد تساهم مجموعة مختلفة من العوامل الشخصية (مثل : السلوكيات مرتقعة الخطورة) أو المتلازمات البيئية (مثل : الفقر الدائم أو العنف الأسرى) التي تقع خارج النطاق الذى يعنى به نظام الرعاية الطبية ، والتي قد تساهم في سوء الصحة . تكون إذن تقويمات فعالية الرعاية الطبية قيمة فى تثقيف صانعى السياسات عن الخدمات التي يكون من الحكمة فيها منع الحقوق (المطالبات) . إلا أن التعهدات بتحسين الصحة قد تتعدى الضمانات المجتمعية بضمان الوصول إلى الرعاية فقط .

يثير إدراك محدودية موارد الرعاية الطبية ، السؤال عن كيفية تخصيص هذه الموارد بأفضل السبل لتحقيق الأهداف المنشودة . ويساعد تطبيق مبادئ الكفاءة التخصيصية والإنتاجية لضمان الاستخدام الكفء لموارد الرعاية الطبية النادرة . كما يؤدي التشغيل الكفء لنظام الرعاية الطبية أيضاً إلى تحرير المزيد من الموارد ، لغايات أخرى مرغوبة (مثل : الاستثمار في الصحة العامة أو التعليم) . في صميم مفهوم العدالة ، كما هو مطبق على الرعاية الطبية ، تقع قضية أى المعايير تحدد نظام عادل لتخصيص موارد الرعاية الطبية النادرة (Aday and Anderson 1981) . يوفر النقاش التالى مؤشراً أخلاقياً لتوجيه التحقيقات التجريبية فى هذا السؤال المعيارى العويص . والنقاط المرجعية المفاهيمية لمثل هذا التحقيق هى المناظير النظرية المتباعدة (وغالباً متناقضة) التى تحدد مفهوم العدالة نفسها (Daniels 1985 Douhyerty 1980) . (انظر الجدول ١-٦) .

### نظريات العدالة التوزيعية (الإتصاف) :

تؤكد نظريات العدالة المختلفة ، مبادئ مختلفة لتوزيع عادل للمنافع والاعباء كأساس لتحديد طبيعة وحدود الأحقية للرعاية الطبية .

### الأهلية (Entitlement) .

تؤكد نظرية الأهلية لروبرت نوزيك (Robert Nozick) أن العدالة متصلة فى حرية الشخص فى أن يكتنى ويستخدم ممتلكاته وموارده كما يشاء (Nozick 1974) . ويكون الناس أهل لما يملكون طالما أنهم يحوزون عليه ، أو ينقلون ملكيته لهم ، من خلال سبل عادلة ، أى من خلال جهودهم ، أو أنهم يحصلون عليه كهبة ، أو إرث أو من خلال التبادل الخيارى مع الآخرين . كما أنه يجب على الحكومة أن لا تتدخل فى هذه الصفقات أو تحاول تنظيمها . بل يجب أن يسمح لـ «اليد الخفية» التى تحكم السوق الحرة بالعمل بدون أى إعاقة . عدا ذلك فالتدخل الوحيد المناسب هو لتصحيح الأوضاع ، حيث يوجد دليل تاريخى واضح على أن الممتلكات أو الموارد التى يمتلكها البعض لم يحصلوا عليها من خلال سبل عادلة . إلا أنه غالباً ما يصعب تجميع أو توثيق مثل هذا

الدليل . وتمثل نظرية الأهلية الأساس للأساليب المبنية على السوق التنافسية لسياسة الرعاية الصحية ، إذ يدعم هذا المنظور السياسات التي تعظم خيار المستهلك ورضاه (تفضيلاته) في سوق الرعاية الطبية .

### المساواة (Egalitarian) :

ومن وجهة النظر المساواتية فإن الأساس هو المنظور الذي يرى أن لجميع الناس قيمة متساوية ، وأنه يجب معاملتهم بالتساوى ، فكما بين روبرت فيتش (Robert Veatch) ، قد تركز المساواتية على المساواة الإجرائية أو الكينونية (Substantive) – التشابه في العلاج أو النتائج على التوالي – (Veatch 1981) . تؤكد المساواة الإجرائية على فرص متساوية لكل فرد للحصول على الرعاية ، بغض النظر عن الصفات الشخصية مثل : العمر أو الجنس أو العرق أو الدخل أو نوع التغطية التأمينية ، أم إذا كان الشخص يقيم في المدينة أم في الضواحي . وتركز المساواة الكينونية على تضئيل الفروقات في الحالة الصحية أو في الاختلافات بين المجموعات (مثل : التفاوت بين السود والبيض في وفيات الرضع) . وتركز اعتبارات الحقوق الإيجابية للرعاية الطبية من وجهة نظر المساواتية على كيفية تقليص أو القضاء على هذا التفاوت في الصحة والرعاية والطبية .

### الجنول (١-٦) : نظريات العدالة التوزيعية :

نظرية الأهلية (Entitlement)

المنظر الرئيسي : روبرت نوزيك .

المبادئ الرئيسية : الأهلية :

الأشخاص أهل لما يمتلكون شريطة أن يحوزوه أو ينقلونه من خلال سبل عادلة .

الحرية :

لا يجب على الدولة أن تفرض حقوق هذه الملكية ، وأن لا تتدخل في توزيعها أي أن تترك «اليد الخفية» تؤدي عملها .

### تابع الجدول (٦-١) نظرية العدالة التوزيعية :

نظرية المساواتية (Egalitarian) :

المنظر الرئيسي : روبرت فينش .

المبادئ الرئيسية : القيمة المتساوية (Equal Worth) .

يستند مبدأ المساواة على افتراض القيمة الجوهرية المتساوية لجميع البشر .

الفرص المتساوية (Equal Opportunity) :

لكل شخص مطلب للرعاية الصحية التي يحتاجها لتوفير الفرصة للحصول على مستوى صحي متساوٍ ، بأكبر قدر ممكن ، مع المستوى الصحي للشخص الآخر .

نظرية التعاقدية (Contractarian) :

المنظر الرئيسي : جون رولز .

المبادئ الرئيسية : أعظم حرية متساوية (Greatest Equal Liberty) :

يجب أن يكون لدى كل شخص حق متساوٍ لأشمل نظم الحريات الأساسية المتساوية ، منسجم مع نظام مماثل للحرية للجميع .

التساوي العادل للفرص :

يجب أن ينال الأشخاص الذين لديهم قدرات ومهارات متماثلة (الفرص المتساوية) الحصول على الوظائف ونيل المناصب .

مبدأ الاختلاف :

يجب على المؤسسات الاجتماعية والاقتصادية أن تنظم بحيث تنفع الذين هم في أسوأ حال بأعلى درجة ممكنة .

## تابع الجدول (١-٦) نظرية العدالة التوزيعية :

النظرية المبنية على الحاجة (Needs- based) :

المنظر الرئيسى : نورمان دانيلز .

المبدأ الرئيسى : عمل الجنس البشرى الطبيعى :

الوفاء باحتياجات الرعاية الصحية يساعد على استمرار عمل الجنس البشرى الطبيعى والذي بدوره يؤثر تأثيراً جديراً على حصة الفرد من المدى الطبيعى للفرص .

تساوى الفرص العادلة :

يجب أن يعنى المجتمع بتوفير الرعاية التى تضمن التساوى العادل فى الفرص للعمل الطبيعى .

نظرية المنفعة (Utilitarian)

المنظر الرئيسى : ديفيد هيوم .

: جيريمى بينثام .

: جون ستيوارت ميل .

المبدأ الرئيسى : المنفعة (Utility)

تشجيع أعظم منفعة لأكبر عدد من الناس

: الغائية (Teleological) (الترابطية Consequentialist) .

قياس قيمة النشاطات بنتائجها ، أى الغاية تبرر الوسيلة :



**التعاقدية (Contractarian) :**

تركز نظرية التعاقدية لجون رولز (John Rawls) على الجدل المتعلق بما يقرره الناس العقلانيون ، لو طلب منهم أن يجتمعوا ليستنبطوا مجموعة عادلة من المبادئ ، لتوزيع السلع المجتمعية على أن يعملوا وفق الافتراض النظري ، قد يكونون في أى موقع في المجتمع حيث تطبق هذه المبادئ (بما في ذلك أقلها ميزة اجتماعياً واقتصادياً) (Rawls 1971) وقد برر رولز ، أن مثل هؤلاء الناس سوف يتبنون المبادئ التالية حسب أهميتها : (١) تعظيم حقوق الجميع للحرية بتناغم مع نظام مماثل ، تكون فيه الحرية للجميع . (٢) ضمان التساوي العادل للفرص ، للأشخاص ذوي القدرات والمهارات المتماثلة . (٣) التأكيد على انتفاع الذين هم بأسوأ حال . ويميل المبدآن الأولان بقوة نحو المساواتية ويؤكد الثالث أنه إذا كان هناك مجموعة «لها اعتبار» أكثر من غيرها ، فهم الأشخاص الذين هم في أسوأ حال ، مادياً أو غيره . إذ يركز هذا المنظور على ضمان حقوق الذين هم أقل قدرة على شراء الرعاية أو يشفون .

**على أساس الاحتياج (Needs - Based) :**

تشير نظرية العدالة على أساس الاحتياج لنورمان دانيلز (Norman Daniels) إلى أن الرعاية الطبية ضرورية للتطلع إلى الاحتياجات الإنسانية الدنيا «لعمل الجنس البشري الطبيعي» (Normal Species Functioning) (Daniels 1985) . وتبرر الحقوق للرعاية الطبية من حيث نورما في تأكيد وجود تساو عادل لفرص العيش في حياة طبيعية ، والتي ترتبط بالمعتقدات الأساسية في نظرية رولز التعاقدية أيضاً .

يحض هذا المنظور على بحث ماقد تكون هذه الاحتياجات ، وماهى أقل مجموعة مرضية من الخدمات الأساسية التي يمكن تقديمها . للوفاء بهذه الاحتياجات ، ويقترح دانيلز مايلي : الغذاء والملئ الكافي وظروف عمل ومعيشة نظيفة وأمنة وغير ملوثة . والتمارين الرياضية ، والراحة ، ومقومات أسلوب الحياة الصحي ، والخدمات الشخصية الوقائية ، والعلاجية ، والتأهيلية ، وخدمات الدعم الشخصية (والاجتماعية) غير الطبية .

**المفاهيمية (Utilitarian) :**

توجد جنور نظرية المنفعة في كتابات ديفيد هيوم (David Hume) وجيريمي بينثام (Jeremy Bentham) وجون ستيفورت ميل (John Stewart Mill) (Dougherty 1988) . وهي في أساسها ترابطية ، أو تتجه نحو الغاية - فتنقاس قيمة أى قرار أو نشاط بنتائجه : « الغاية تبرر الوسيلة » . والهدف الرئيسى هو تعظيم المنفعة - تشجيع أعظم منفعة لأكبر عدد من الناس - حتى أن صنع القرارات المبنية على منفعة التكلفة - (Cost Benefit) وفعالية التكلفة (Cost - Effectiveness) والسياسات المتجهة للسوق ، كلها راسخة فى منظور المنفعة ، ويؤيد المنفعيون حقوق الرعاية الطبية التى تضمن الوصول إلى الخدمات التى تعظم فيها المنافع التى يمكن قياسها (من منطلق الصحة والرفاه والإنتاجية على سبيل المثال) بالمقارنة لتكلفة هذه الخدمات (Culyer 1992) .

**الخلاصة :**

وفق مفاهيم العدالة التوزيعية المختلفة والحقوق المرتبطة بها ، التى تم استعراضها أعلاه ، فإن الإجابة على السؤال الأول الذى طرح فى هذا الفصل وهو : هل يتضمن الإنصاف فى الوصول للرعاية أحقية للرعاية الطبية ؟ هى ، إن مثل هذه الأحقية ، إما أن تكون عنصراً ضمنياً أو عنصراً واضحاً من أهداف الإنصاف .

تستمد العديد من المعايير المستخدمة فى تقييم عدالة نظام تقديم وتمويل الرعاية الطبية الحالية فى الولايات المتحدة من هذه المناظير النظرية فى العدالة .

**الأساسات الأخلاقية والتجريبية لهدف الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية**

تشمل الأهداف الرئيسية للإنصاف فى الوصول للرعاية الطبية (١) تعظيم خيار المستهلك . (٢) عدم التمييز على أساس عوامل مثل : العمر والجنس والعرق ، أو القدرة على الدفع . (٣) ضمان معايير دنيا للجميع . (٤) التأكيد من أن من يحتاجون الرعاية يحصلون عليها (٥) تقديم رعاية ذات جودة عالية بتكلفة يمكن تحملها .

توازى قواعد العدالة التوزيعية شائعة التطبيق هذه ، المبادئ الأخلاقية المستمدة من المناظير النظرية الرئيسية للعدالة : (١) حرية الخيار ، (٢) المعاملة المتساوية ، (٣) حد أدنى أساسى مرضى ، (٤) الاحتياج ، (٥) فعالية التكلفة. (Aday and Anderson 1981, Outka 1975) ، وتزيد الخلافات على تأويل وتحديد تعريفات تفعيل (Operating definitions) هذه القواعد والأهمية المقررة لكل منها ، حدة الجدل القائم حول كيفية تصميم برامج وسياسات الرعاية الصحية المنصفة .

على أساس هذه المعايير المختلفة ، فإن الإجابة على السؤال الثانى لهذا الفصل : «كيف يمكن تحديد أهداف الإنصاف لنظام الرعاية الطبية الأمريكى وهى تقديم الحرية وعدالة الفرص للحصول على الرعاية الطبية الكافية والفعالة» . ويسعى هذا الهدف إلى دمج وموازنة التشكيلة من المعايير المتنافسة لتقييم عدالة نظام الرعاية الطبية ، ويعكس العناصر الضمنية أو الظاهرة لأحقية الرعاية الطبية ، مجسدة فى النظريات البديلة للعدالة التوزيعية .

يلخص الجدول (٢-٦) الأسس الأخلاقية والتجريبية للهدف الذى يركز على الطريقة والمدى الذى تقدم فيه الرعاية وتستخدم .

إن كيفية تقديم الرعاية نظرياً ضرورية لكيفية استخدامها وبشكل كبير من محدداتها أيضاً . يميز الهدف ، تجريبياً ، الأثر المحتمل لمعوقات الوصول إلى الرعاية (مثل : عدم وجود مقدمى خدمات التوليد فى المناطق الريفية ، أو الأحياء الفقيرة فى المدن) على الوصول القطعى إلى الخدمة (نسبة النساء اللاتى ينشذن رعاية ما قبل الولادة) لمجموعة سكانية معينة (الأمهات فى المجموعة مرتفعة الخطورة) . يتخذ مقدمو الرعاية ومستهلكوها منافع ، ويتحملون أعباء . لذا يقصد الهدف فى المحصلة النهائية أن ينال الناس الرعاية الطبية الكافية والفعالة . لذا فإن معايير الفعالية والكفاءة المشروحة فى الفصول السابقة هى اعتبارات ضرورية ومتربطة فى تحديد ماهو كاف وفعال .

إن فحص هدف الإنصاف تقليدياً هو الأسلوب التجريبى ضمن بيئة الوصول إلى الرعاية إذ يشير «الوصول» إلى النخول الممكن والواقع لمجموعة محددة من السكان . إلى نظام الرعاية الطبية . وتؤثر تركيبة نظام تقديم ذاته (توفر وتنظيم وتمويل

الخدمات) على احتمال الدخول إلى النظام ، وتؤثر كذلك طبيعة الرغبات والموارد والاحتياجات للمستهلكين المحتملين ، وينعكس تحقيق هدف الدخول في معدلات الاستخدام الموضوعية للسكان ، إضافة إلى تقييم المرضى غير الموضوعي للرعاية التي ينالونها في النهاية (Aday, Anderson, and Fleming 1980) .

**الجدول (٦-٢) : الأسس الأخلاقية والتجريبية لهدف الإتصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية .**

هدف الإتصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية	معايير الإتصاف	أبعاد الوصول	مؤشرات الإتصاف في الوصول
تقديم الحرية	حرية الخيار	الوصول المحتمل مواصفات نظام تقديم الخدمة التوافر - التنظيم - التمويل	توزيع مقدمي الخدمة أنواع المرافق مصادر النفقات
تساوي الفرص	معاملة متشابهة	مواصفات السكان - المواصفات العمرية (العمر - الجنس - العرق) التعليم المواصفات المكنة (الدخل) - مصدر الرعاية المعتاد - التأمين - الاحتياج (الدرك - المقيم)	مصدر الرعاية المعتاد تغطية التأمين
الحصول على الرعاية الطبية الكافية والفعالة	حد أدنى مرضى الاحتياج فعالية التكلفة	الوصول الفعلي نوع الاستخدام هدف الاستخدام - الرضا العام - المحدد بمراجعة طبية	استخدام خدمات مختارة استخدام الخدمة بالنسبة للاحتياج الرأي العام رأي المريض

- يبرز النقاش التالي المؤشرات الرئيسية للوصول المحتمل أو المحقق ، التي يمكن استخدامها كقياسات تجريبية للإتصاف . ويقدم الفصل القادم الأدلة البحثية المتعلقة بكيفية أداء النظام من منطلق هذه المعايير .

### حرية الخيار (Freedom of Choice) :

**المفهوم :** يتطابق مبدأ حرية الخيار بشدة مع مفهـم «الأهلية للعدالة لنوزيك (Nozick)» . ويؤكد هذا المبدأ أهمية تعظيم إرضاء أنواق وتـة تـسيلات الأشخاص ، في تحديد من يحصل على أى نوع من الرعاية . ويدعم مؤيدو هذا التوجه تشغيل قوى العرض والطلب المبنية على السوق ، لتخصيص الرعاية الطبية .

**المؤشرات :** المؤشرات التجريبية للوصول إلى الرعاية ، حسب معيار حرية الخيار ، هي توفر وتوزيع موارد الرعاية الطبية على المستهلكين ، فعلى سبيل المثال - القوى العاملة ، (مثل : أطباء الرعاية الأولية والإخصائيين) نسبة المرافق ، (مثل المستشفيات أو أسرة المستشفيات) للسكان وألـقوى العاملة الطبية أو من مقدمي الخدمة الطبية المرتبطة (مثل : منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) ومقدم الرعاية المفضل (PPO) في منطقـة خدمة معينة (أو سوق) ، هي مؤشرات للتجهيزات الأساسية من مقدمي الخدمة لواقع تقديمها للمستهلكين .

تحدد أيضاً لوائح مقدمي الخدمة المفضلين المرتبطين مع برامج التأمين الصحي المدعوم من قبل أرباب العمل مدى خيار المشتركين لمصدر دائم للرعاية الطبية . وتشمل المؤشرات الأخرى للدرجة التي قد تكون فيها قرارات المرضى مقيدة ، وبيانات عن ساعات عمل العيادات وتواجد مقدمي الخدمة أثناء الليل وخلال نهاية الأسبوع أو في الحالات الطارئة ، ومتوسط الزمن المطلوب للحصول على موعد لرؤية الطبيب أو مقدم آخر للرعاية بعد الوصول إلى المرفق . كما تملأ أيضاً مواصفات نظام التمويل في منطقة ما ، مثل سخاء برنامج مديكير في ولاية ما ، أو نوع ومجال المنافع التي

يقدمها كبار أرباب العمل ، والتدابير الخاصة أو العامة المحلية للذين لا يتمتعون بتغطية تأمينية من طرف ثالث ، والخيارات التي يستطيع المستهلكون أن يحتملوا تكاليفها بواقعية . وتنتج احتياطات مشاركة التكلفة الكبيرة أو التكاليف الطبية غير المؤمن عليها ، قرارات التنازل عن الأهداف أو تضحية بالموارد الشخصية المخصصة لاستعمالات أخرى - مثل اضطرار سيدة - خة إلى استعمال مدخراتها ومدخرات زوجها (أو تبديدها) إلى أن يتمكن الزوج من 'نأهل لتغطية دار المسنين تحت برنامج مديكيد .

### المعاملة المتشابهة (Simi treatment) :

**المفهوم :** مبدأ المعاملة المتشابهة هو عقيدة معروفة للمفهوم المساواتي للعدالة . ويشير فين (Fein 1972) إلى العدالة التوزيعية المستمدة على هذا الأساس «بالإنصاف الرأسى» (Vertical equity) . ذلك أنه لا يجب معاملة الذين يحتلون أقل مستوى اجتماعى ولديهم أقل نفوذ فى المجتمع ، أسوأ من الأغنياء وأصحاب النفوذ . ويشدد هذا المبدأ على أن العمر والجنس والعرق ، وما إذا كان الشخص مؤمناً بمديكيد أو بالتأمين الخاص ، أو بدون أى تأمين صحى ، لا يجب أن تملأ أن الناس الذين لديهم احتياجات متشابهة يدخلون أبواباً مختلفة (مثل : عيادات الأطباء الخاصة مقابل غرف طوارئ المستشفيات) أو يعاملون معاملة مختلفة (من حيث نوع وكثافة الخدمة المقدمة) بنظام الرعاية الطبية .

**المؤشرات :** يسعى معيار المعاملة المتشابهة إلى تقييم الاختلافات بين المجموعات ، التي قد تشير إلى تباين فى الوصول إلى الرعاية الطبية . وتوفر ملاءمة وخصائص الأماكن التي يقصدها الناس للرعاية الطبية ، وبيانات عما إذا كان هناك تباين فى معاملة الأشخاص فى تلك الأماكن . كما أن نقل المرضى لأسباب غير طبية (وخاصة على أساس تشخيصات مالية وليست بدنية) دلائل على عدم الإنصاف ، بتطبيق معيار المعاملة المتشابهة . تتولى بعض المرافق أو مقدمى الخدمة أعباء غير متناسبة من الرعاية غير المعوض عنها للمعوزين طبياً ، مما يدعو إلى التساؤل عما إذا كانوا يتكبدون أكثر من حصتهم من وجهة النظر المساواتية (Egalitarian) .

### حد أدنى أساسي مرضى (Decent, Basic Minimum) :

**المفهوم :** جادل بعض النقاد في أن البديل الأكثر عدلاً ، من إجراءات سوق الرعاية الطبية غير المقيدة ، هو التوكيد على أساس «حد أدنى أساسي» من الرعاية للجميع ، مع السماح لقوى السوق بالعمل على تخصيص الخدمات فوق هذا الحد الأدنى . بالتغاير مع المساواتية البحتة ، فإن المستهلكين الذين لديهم موارد أكثر من غيرهم سوف تكون لديهم الحرية والفرصة لشراء رعاية طبية فوق الحد الأدنى (Blumstein and Zubkoff 1979, Fein 1972; Fried 1976) .

من المشكلات الرئيسية في مجموعة خدمات «الحد الأدنى الأساسي المرضى» ، كيفية تقرير ماذا وكما يجب أن يشمل (Agich and Begley 1985) . يتضمن تصنيف نورمان دانيلز (Norman Daniels) لمتطلبات تعظيم الأداء الإنساني ، مجموعة عريضة من خدمات الرعاية الطبية وخدمات الصحة العامة والخدمات الاجتماعية المتصلة بها . وتشمل اعتبارات سلسلة الرعاية المتصلة المطلوبة لمعالجة مشكلات الرعاية الصحية ، أيضاً خدمات الرعاية الأولية والرعاية الطبية الحادة والرعاية طويلة المدى ، على أقل تقدير . ومع أن تشكيلة من المعايير تشترك في محاولات لتحديد مجموعة خدمات الحد الأدنى الأساسي المرضى ، يوفر هذا الإطار أساساً لتقييم ما قد يكون للأشخاص حق فيه ، في مراحل مختلفة من التماس الرعاية .

**المقترحات :** يمكن قياس معيار «الحد الأدنى الأساسي المرضى» من خلال أنواع وشمولية الخدمات التي تتضمنها مجموعة منافع خدمات صحية معينة . ويشمل تأمين برنامج مديكيد وتشريع منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) مجموعة أساسية من المنافع المعتمدة فدرالياً ، ولكن الولايات ، وبرنامج التأمين تقرر الخدمات الخيرية التي ترغب في تقديمها (مثل وصفات الأدوية ورعاية الأسنان والرعاية الشخصية ورعاية القدم والخدمات التخصصية الأخرى) . أثارت جهود ولاية أوريغون لتحديد أولويات للخدمات المختلفة المؤتمنة ضمن برنامج مديكيد صخباً جلياً حول العدالة ، مع دعا إدارة تمويل الرعاية الصحية (Health Care Financing Administration) إلى رفض منح تنازل في عام ١٩٩٢م ، يمكن برنامج مديكيد في أوريغون من سن التدابير

(Eddy 1991; Hadon 1991) . من الافتراضات الأساسية لمنهجية المجموعات المتصلة تشخيصياً (DRG) المستخدمة لتعويض خدمات المستشفيات تحت نظام مديكيد ، هو إمكانية تحديد مجموعة من الخدمات ملائمة لتلبية احتياجات المرضى . إلا أن نقاد أساليب المدفوعات هذه ، جادلوا على أنه يتم إخراج مرضى مديكير المسنين من المستشفى «أسرع وأمرض» بدون احتياطات كافية للرعاية طويلة المدى (Kosecoff et al 1990; Sager et al 1987; wood and Estes 1990) .

### الاحتياج (Need) :

**المفهوم :** تدعم نظرية رولز (Rawls) التعاقدية (Contractarian) للعدالة الاجتماعية ، وكذلك نظرية دانيلز (Daniels) المبنية على الاحتياجات ، للإنصاف تركيزاً أساسياً للوفاء بالاحتياجات الأساسية كمعيار لتخصيص الرعاية الطبية . وقد يكون تقرير من يحتاج إلى الرعاية صعباً ومكلفاً (Braybrooke 1987) . وتنص النظرية الاقتصادية على أن الطلب المعبر عنه ، هو أكثر الأسس منطقية لتخصيص موارد الرعاية الطبية النادرة . وقد تكون الاحتياجات في الواقع غير منطقية ، ويصعب ضبطها مالم تكن مقيدة بإدراك أن الناس على استعداد للدفع لإشباع رغباتهم وأنواقهم ، وعلاوة على ذلك ، قد يكون الإجماع المهني والمجتمعي مطلوباً لتحديد أى الاحتياجات تلبى عندما تكون الموارد محدودة .

### المؤشرات (Indicators) :

تسعى مؤشرات الإنصاف من منظور الاحتياج إلى تقييم مدى الاحتياجات الطبية المشبعة وغير المشبعة في المجموعة السكانية ، وأحياناً يسأل مستجيبو المسوحات أسئلة تهدف إلى الحصول على إدراكهم غير الموضوعي ، للدرجة التي حققت فيها احتياجاتهم مثل : هل احتجت أو أحد أفراد أسرتك أن تزور الطبيب ولم تتمكن من ذلك لسبب ما ؟ إذا كانت الإجابة «نعم» فلماذا ؟ . وتلخص مؤشرات أخرى تقارير المستجيبين الموضوعية عن عدد زياراتهم للطبيب ، مقارنة بعدد أيام العجز التي عانوا منها خلال العام (نسبة الاستخدام للعجز) ، أو تقارن عدد الأشخاص الذين اتصلوا



فعلًا بالأطباء لمجموعة من الأمراض مقابل عدد الأشخاص ، الذين قررت لجنة من الأطباء أنه عليهم الاتصال بالطبيب لهذه الأعراض (نسبة الاستجابة للأعراض) لتقييم الدرجة التي حصل فيها على الخدمات المطلوبة (Aday, Anderson, and Fleming 1980) . وتتبع ذلك عدالة نظام الرعاية الطبية على ضوء هذا المعيار في النسب التي تقارن معدلات الوصول إلى الرعاية المحققة بين المجموعات - مثل : النسبة المئوية للأشخاص المصابين بأمراض مزمنة الذين زاروا الطبيب خلال العام من الفقراء ، ونفس النسبة لمثل هؤلاء الأشخاص من غير الفقراء ؛ ونسبة الأرجحية (Odds Ratio) أو الاحتمال لانتماس الرعاية خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل للنساء المؤمن عليهن بنظام مديكي مقابل اللاتي يتمتعن بالتأمين الصحي الخاص ، ونسبة الوفاة بسبب ارتفاع ضغط الدم غير المعالج بين الأفارقة الأمريكيين بالمقارنة بالبيض .

### فعالية التكلفة (Cost effectiveness) :

**المفهوم :** أصبحت فعالية التكلفة وتحليلات منفعة التكلفة (Cost-benefit) المزاولة ، على أساس نظرية المنفعة (Utilitarian) للحكم على صحة أو خطأ الأفعال بتوازن المنافع والأعباء الناتجة بازدياد ، نقطة التركيز في تقدير أنواع البرامج التي يجب تمويلها وفئات الخدمات التي يجب التأمين عليها ، ضمن نظم التأمين الصحي الخاص والعام . (تمت مناقشة المنهجيات والقياسات المستخدمة في تحليلات منفعة التكلفة وفعالية التكلفة في الفصل الرابع) إلا أن المؤمن عليهم قد يختارون عدم تأمين أكثر الخدمات فاعلية للتكلفة ، بسبب القيم المجتمعية المتنافسة ، أو بسبب المعايير المهنية ، فعلى سبيل المثال يصف روزنبلات (Rosenblatt 1989) مفارقة ماحول الولادة (Perinatal Paradox) المستلزمة في عقود التأمين ، التي تؤمن على حديثي الولادة ومرتفعي الخطورة الذين لديهم إمكانية شبه عامة للحصول على تقنيات رعاية حديثي الولادة المكثفة ، التي تنقذ الحياة ، وهي مرتفعة التكاليف ، ولكنها لا تعطي ضمانات مماثلة للحصول على ما يكفي من رعاية ما قبل الولادة . وقد ثبت أن رعاية ما قبل الولادة ، هي تدخلات ذات فعالية تكلفة مرتفعة ، لمنع وقوع نتائج غير ملائمة للولادة أساساً . كما أشار الخلاف على الجهود لتحديد المجموعة الأساسية من الإجراءات والخدمات التي

يجب أن يشملها تأمين مديكيد في ولاية أوريجون بشكل مماثل إلى ميل كل من صانعي القرار والجمهور إلى تحديد أهمية أكبر للأشخاص أو الأرواح التي يمكن تعريفها ، بدلاً من الأعداد الإجمالية الإحصائية للأرواح التي أنقذت ، عند تقييم خيارات السياسة الصحية (Hadron 1991) . بالإمكان اعتبار شخص ما بحاجة إلى إجراء معين ، إلا أن تكاليف توفير هذا الإجراء مرتفعة ، والمنفعة المحتملة على المدى الطويل مشكوك فيها من حيث تحسين نوعية الحياة أو مدتها .

ظهرت مشكلات ومعضلات موازنة الاحتياج ، ومعايير فعالية التكلفة ، على السطح مباشرة في المناقشات التي دارت في ولاية أوريجون حول المعايير المستخدمة لتقرير أي الإجراءات والخدمات يجب أن يؤمن عليها برنامج مديكيد في تلك الولاية (Hadron 1991) . وقد بدأ أن التفاضل الأولي لمنفعة التكلفة ، فيما يتعلق بما يجب شمله ، يؤيد العلاجات الثانوية ، قليلة التكلفة ، على تلك المكلفة التي تنقذ الأرواح ، إلا أنه ، في استجابة للانتقادات الأخلاقية ، أجريت المراجعات والتنقيحات التي استبعدت التكلفة بحد ذاتها وسعت إلى إيجاد التوازن بين الاحتياج ومعايير الفعالية .

وتم تحديد أولويات تلك الإجراءات ، التي قدر أنها بالمجموع ، تنتج أكبر منفعة صحية ممكنة ، مع كون التكلفة اعتباراً ثانوياً . وأعطيت الأدلة السريرية اعتباراً مصاحباً ، لتوضيح الإشارات (أو أنواع المرضى) التي تكون فيها خدمات محددة بأقصى ضرورة .

### المؤشرات (Indicators) :

كان التركيز الأساسي في تقرير الجمعية الطبية (The Institute of Medicine) عن الوصول إلى الرعاية الصحية في أمريكا ، تطوير مؤشرات الاستخدام بالنسبة للاحتياجات التي يمكن فيها أن تؤثر الرعاية الطبية إيجابياً (زيارات لرعاية ما قبل الولادة وتحسين الأطفال والمسوحات المبكرة لتقصي الأورام السرطانية والدخول إلى المستشفى ، الذي يمكن تفاديه وغيرها) (Institute of Medicine 1993) ، وتمثل النتائج من جهود بحوث الخدمات الصحية الهامة ، مثل : تجربة راند للتأمين الصحي ،

وبراسة النتائج الطبية ، ودراسات فريق بحث الفعالية الطبية ونتائج المرضى التي مولتها وكالة سياسات وبحوث الرعاية الصحية (AHCPR) ، أساساً معرفياً موضوعياً لتعيين أكثر الخدمات فعالية وكفاءة لضمها إلى «الحد الأدنى الأساسي المرضى» (وكذلك الحد الأقصى) من الخدمات التي يجب التأمين عليها (Agency for Health

. Care Policy and Research 1991; Lohr et al 1986; Stewart et al 1989)

رضا المريض هو مؤشر على الوصول المحقق و«الصالح» الذي يرى المريض أنه نتج عن الرعاية ، وبالإمكان سؤال الناس عن رضاهم عن نظام الرعاية الطبية عامة ، أو عن رضاهم عن مصدرهم المعتاد للرعاية ، أو عن رضاهم عن الرعاية التي تلقوها في آخر زيارة لهم .

وقد تم تطوير الكثير من الأسئلة والمقاييس لهذا السبب (Aday, Anderson, and Fleming 1980; Blendon and Taylor 1989, Hulka et al 1975; ware and snyder 1975) . كما يتم الحصول على تقديرات إدراك المرضى للمنافع من خيارات العلاج المختلفة ، بسؤالهم عن المقايضات التي هم على استعداد لاتخاذها على أساس النتيجة المحتملة ، للخيارات المختلفة ، مثل : إضافة خمس سنوات للحياة التي تتطلب المعاونين لقضاء الحاجة ، مقابل التكهنتات غير المؤكدة المرتبطة باستخدام علاج كيميائي تجريبي (Torrance 1986) .

### الخلاصة

يفترض ، ضمناً أو ظاهرياً ، هدف نظام الرعاية الصحية الأمريكي ، للوصول إلى الرعاية الطبية ، كما بين هنا ، التعهد بضمان أحقية محبوبة للرعاية الطبية . وتعريف «الأحقية» التضمن في هذا الهدف ، هو توفير الحرية ، وتساوي الفرص للحصول على رعاية طبية فعالة وكافية . ويتطلب هذا الهدف التزامات ومنافع لكل من مقدمي الخدمة (أو مموليها) ومستهلك الرعاية الطبية ، إلا أن المحصلة النهائية هي تقديم الرعاية الطبية الفعالة والكافية للجميع .

ستختلف الآراء حول أى عناصر الهدف يجب التركيز عليها ، و كيفية قياسها وتطبيقها ، وبئى جدارة يمكن للنظام الحالى ، إضافة إلى المقترحات الداعية إلى التغيير ، أن يحقق الهدف ، وبإمكان بحوث الخدمات الصحية أن تعين على توضيح وإعلام الجدل حول هذه القضايا .

### منهجيات رئيسية لتقييم الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية :

#### تصميم الدراسة :

باستطاعة ثلاثة أنواع رئيسية من بحوث الخدمات الصحية المساعدة في تحديد وتوضيح هدف الإنصاف ، ومدى نجاح البرامج والسياسات في تحقيقه . وتشمل بحوث الخدمات الصحية ، البحوث الوصفية ، والتحليلية ، والتقييمية (Aday 1989) . وتركز البحوث الوصفية على تصوير خصائص الوصول إلى الرعاية في النظام . وتوفر مجموعة من مصادر البيانات المعلومات الأساسية عن نظام الرعاية الطبية الأمريكى ، ويستخدم باحثو الخدمات الصحية هذه المصادر لتطوير مؤشرات المقاييس الرئيسية للنظام وكيفية الأداء ، فيما يتعلق بالإنصاف في الوصول إلى الرعاية . (انظر الجدول ٦-٢ والمحق ١-٧) .

وتوجه البحوث التحليلية لفهم علاقة مواصفات النظام ، والمواصفات السكانية ، لتحقيق نتيجة حصول السكان على الرعاية الطبية الفعالة والكافية . وتقيد هذه الدراسات في توضيح وإلقاء الضوء على أثر المتغيرات وثيقة الصلة بالسياسات ، مثل نوع ونطاق التأمين الصحى على استخدام الخدمات .

وجه الهيكل الذى طوره أدائى وأندرسون (Aday and Anderson) لدراسة الوصول إلى الرعاية ، الكم الكبير من البحوث التحليلية عن الإنصاف . ويكمل هذا الهيكل ، الحكم غير الموضوعى ، بئن النظام يعتبر عادلاً إذا كانت المعايير المبنية على الاحتياج هى التى تحدد ما إذا كانت الرعاية قد التمتست ، وكم مقدارها ، عوضاً عن معايير الموارد (مثل التأمين الصحى والدخل) (Aday and Anderson 1981) .

من الصعوبات التي تواجه باحثي الخدمات الصحية فيما يتعلق بالبحوث التحليلية في المستقبل عن هدف الإنصاف المعرف هنا ، هي تحديد أنواع خدمات الرعاية الطبية التي بإمكانها إزالة الاحتياج أو تحسينه . فالدخول إلى الرعاية الطبية لمشكلة صحية ، لاستطاع الرعاية الطبية أن تتعامل معها ، يطرح التساؤل عن ماذا يؤثر على الوقاية من المشكلات الصحية أو يعالجها . وبإمكان البحوث التحليلية على متلازمات ونتائج الصحة والأداء الإنساني ، أن توفر الإجابات للأسئلة المتعلقة بما إذا كانت الاستثمارات في الرعاية الطبية أوفى نظم أو خدمات أخرى أنسب الأسس لتخصيص الموارد المجتمعية النادرة (Kaplan and Anderson 1988) .

تقدر البحوث التقييمية مدى نجاح البرامج التي طورت وطبقت على أساس البحوث الوضعية والتحليلية السابقة ، في تحقيق الإنصاف في الوصول إلى الرعاية . وتعتمد هذه الدراسات في المقام الأول تصميم شبه التجريبي (Quasi - Experimental design) لتحديد نتائج البرامج والسياسات . وهذا النوع من البحوث ، له منفعة خاصة في تثقيف صانعي السياسات عن أي البرامج أو الخدمات ، ذات أفضل أداء . ولماذا . فعلى سبيل المثال إن تجربة راند (RAND) للتأمين الصحي هي تجربة اجتماعية هامة وساهمت مساهمة فعالة وجوهرية ومنهجية في إلقاء الضوء على تأثير بدائل التأمين الصحي المختلفة على استخدامات وتكلفة ونتائج الرعاية الطبية . وقد كونت نتائج هذه الدراسة قاعدة للتأمل والتفكير في التصاميم المستقبلية للنظم العامة والخاصة لتمويل الرعاية .

### مصادر البيانات (Data Sources) :

قد يكون التركيز الأولي لدراسات الوصول إلى الرعاية ، هو ونظام الرعاية الطبية ككل ، أو منشآت محددة ضمن النظام . أو السكان الذين يخدمهم النظام أو المرافق ، إضافة إلى ذلك ، بالإمكان إجراء دراسات الوصول إلى الخدمة على المستوى الوطني أو الإقليمي أو المحلي (المقاطعة أو المجتمع) . وقد تستلزم مثل هذه الدراسات جمع بيانات جديدة (أولية) إضافة إلى استخدام البيانات التي تم جمعها لأغراض أخرى (بيانات ثانوية) . يوزج الجدول (٢-٦) الأنواع الرئيسية من البيانات الأولية والثانوية

لتقييم الوصول إلى الرعاية ، على مستوى النظام والمنشآت والمجموعة السكانية (Aday 1989; Aday, Sellers, and Anderson 1981) .

تركز البيانات التي تصف الوصول إلى الرعاية على مستوى النظام على تيسر وتنظيم وتمويل الخدمات ، كخصائص هيكلية كلية . (Chitty and Schatz 1988; Kral- overc and Andes 1988; National center for Health Statistics 1989 Singer, Meyerhoff and Schiffman 1985) .

تستخدم مصادر البيانات الثانوية أغلب الأحيان لهذا النوع من التحليل ، فعلى سبيل المثال جمع مكتب المهن الصحية (Bureau Health Professions) ضمن إدارة الموارد والخدمات الصحية (Health Resources and Services Administration) ملف موارد المنطقة على الحاسب الآلي ، ويشمل عدداً كبيراً من البيانات الصحية وبيانات الرعاية الصحية حسب المقاطعة (County) أو للمنطقة المدنية الإحصائية (Metropolitan Statistical area) وتنتشر الجمعية الطبية الأمريكية (American Medical Association) وجمعية المستشفيات الأمريكية (Arenican Hospital Assoiation) إضافة إلى مجموعات مقدمي الخدمة الأخرى ، أدلة بشكل روتيني ، وفي بعض الأحيان يتوفر لديها بيانات على الحاسب الآلي عن خصائص وتوزيع القوى العاملة الطبية . كما يجمع المركز الوطني لإحصاءات الصحة (The National Center for Health Statistics) بيانات عن خصائص واستخدامات المستشفيات وبور المسنين والعيادات الخارجية للرعاية الطبية . كما تنتشر إدارة تمويل الرعاية الصحية (Health Care Financing Administration) وجمعية التأمين الصحي الأمريكية (Health Insurance Association of America) بشكل دوري معلومات عن مبالغ ، وتوزيع الإنفاق حسب المصادر ، من كبار الممولين من القطاع العام (مثل مديكير ومديكيد) وممولي الطرف الثالث من القطاع الخاص (Third Party payer) على المستوى الوطني وإلى حد ما على مستوى الولاية .

تتطلب إدارات الصحة العامة ، أو مقدم الرعاية الخاصة (مثل : شركات منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) الوطنية التي تعتزم الدخول إلى السوق) إما لمعلومات أكثر حداثة ، أو أكثر تفصيلاً ، عن أنواع الخدمات المقدمة ، أو لمحة عن العملاء

المراجعين للمرافق في منطقة ما ، عما هو متوفر في مصادر البيانات الحالية . في هذه الحالة بإمكان الجهات أو المنظمات ذات العلاقة ، أن تجمع البيانات الأولية على أساس المقابلات مع المخبرين الرئيسيين في المجتمع ، والاتصالات الهاتفية لمقدمي الرعاية لطلب الكتيبات التي تصف خدماتهم أو المسوحات الشاملة .

**الجدول (٢-٦) : المصادر الرئيسية لبيانات تقييم الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية .**

محور الدراسة	مصادر البيانات	
	الرعاية	الثانوية
النظام المنشآت	قوائم منطقة السوق مسوحات المرضى	ملفات موارد المنطقة ملفات المرضى
السكان	المسوحات السكانية	التعداد والدراسات الأخرى

المصدر : Aday 1989; Aday , Sellers and Anderson 1981 .

لمقدمي الخدمة لجمع البيانات عن البرامج والخدمات المقدمة والمستفيدين منها .

تشمل البيانات الثانوية شائعة الاستخدام في المنشآت لتقييم الوصول إلى المرافق ، ملفات المرضى والملفات المالية أو أي ملفات أخرى في المنشأة . وتستخدم دراسات مصادر المرضى معلومات عنوان المريض ورمزه البريدي ، لتحديد المنطقة التي يجتذب منها أغلب المرضى ، وبإمكان أيضاً استخدام بيانات ملفات المرضى إذا كانت متوفرة على ملفات الحاسب الآلي كأساس لإنتاج صورة عن التركيبة الديموغرافية (العمر- الجنس - العرق) ، أو الشكاوى الرئيسية للمرضى المراجعين في المرفق ، وكذلك توفر الملفات المالية مؤشراً لمستوى الرعاية ، غير المعوض عنها ، أو المعوض عنها بأقل مما يجب ، التي يقدمها المرفق ، ولأي أنواع من المرضى والخدمات . وتستخدم موارد مؤسساتية أخرى (مثل : سجلات أداء العيادة أو ملفات الإحالة لفرقة الطوارئ) لإجراء الدراسات عن حجم وشكل الزيارات غير المجتولة والتحويل داخل المؤسسة ، المدفوعة بأسباب غير طبية .

مسوحات المرضى هي المصدر الرئيسي للبيانات الأولية ، لتقييم الوصول إلى الرعاية على المستوى المؤسسي . إذ تستقرئ مسوحات المرضى انطباعات الأشخاص غير الموضوعية والشخصية عن تجربتهم في مرض معين (كم اضطروا لانتظار الطبيب) والتي قد تتطابق أو قد لا تتفق مع ملفات المؤسسة الأكثر موضوعية ، أو مصادر البيانات (تقديرات متوسط وقت الانتظار في العيادة على سبيل المثال) وقد تعكس هذه الانطباعات غير الموضوعية درجة رضا الناس والمستخدمين الأوفياء للمرفق أكثر من المؤشرات الموضوعية المبنية على بيانات الملفات .

تشمل الدراسات ، على أساس سكاني ، عن الوصول إلى الرعاية ، الأشخاص الذين قد لا يستخدمون نظام تقديم الرعاية ، أو مرفق ، إضافة إلى الذين يستخدمونها . وتفيد المسوحات السكانية في قياس العوائق التي تحول دون التماس أشخاص أو مجموعات للرعاية . وقد فحص عدد من المسوحات الوطنية كبيرة المستوى ، الوصول إلى الرعاية والفرص على مر الزمن ، للمجموعة السكانية في الولايات المتحدة ككل ، منها سلسلة دراسات مركز الإدارة الصحية في جامعة شيكاغو ، على استخدام الرعاية والوصول إليها ، ومسوحات لوهاريس (Lou Harris) في مؤسسة روبرت وودجونسون الوقفية (Robert Wood Johnson Foundation) ومسوحات إنفاق الرعاية الطبية الوطنية ، لوكالة سياسات الرعاية الصحية وبحوثها (Agency for Health Care Policy and Research) ، ومسوحات المقابلات الصحية للمركز الوطني للإحصاء الصحي وغيرها (National Center for Health Statistics) ، إلا أن إجراء مثل هذه المسوحات معقد ومكلف ، وقد تفتقر الوكالات المحلية ، أو على مستوى الولاية ، إلى الموارد والخبرات لإجراء مثل هذه الدراسات (Aday 1987) .

من الأنواع الرئيسية للبيانات الثانوية المستخدمة في تصوير وصول المجموعة السكانية ، المحتمل أو الحقيقي ، للرعاية الصحية على مستوى الولاية أو المستوى المحلي ، التعداد أو بيانات الإحصاء الحيوية (Census or Vital Statistics) والتقديرات المركبة (Synthetic Estimates) المبنية على المصادر الوطنية . وتستخدم إجراءات التقديرات المركبة للبيانات ، المجموعة على المستوى الوطني (عن معدلات الاستخدام



لمجموعات عمرية وجنسية وعرقية محددة) لتعزو ما يحتمل أن تكون التقديرات على مستوى الولاية أو المستوى المحلي (علمياً بتركيبة العمر والجنس والعرق في الولاية أو المجتمع) (Cohen 1980; Gaetano et al 1980; National Center For Health Statistics 1977). كان السؤال الرئيسي الذي بدأ به هذا الفصل «هل يتضمن الإنصاف في الوصول إلى الرعاية أحقية إلى الرعاية الطبية؟» وكانت الإجابة المقدمة ، أن مثل هذه الأحقية إما أن تكون عنصراً ضمنياً أو تكون عنصراً ظاهراً من هدف الوصول إلى الرعاية . ويعتمد ما إذا كانت الحقوق للرعاية الطبية تتطور إلى «أهلية» (Entitlement) قانونية ، على نتائج حوارات السياسة عن عدالة المطالبة . أما السؤال الثاني المرافق الذي أُجيب عليه في هذا الفصل «كيف يمكن تحديد هدف الإنصاف في نظام الرعاية الطبية الأمريكي؟» فإن الإجابة المقدمة المبينة على مراجعة لمساهمات بحوث الخدمات الصحية ، المفاهيمية والمنهجية ، لدراسة الإنصاف ، وفي محاولة لدمج وتركيز الآراء المتنافسة عن العدالة ، هي «لتوفير الحرية والمساواة في الفرص للحصول على رعاية طبية فعالة وكافية» .

وتكون التحديات التي تواجه باحثي الخدمات الصحية من حيث الدراسات الوصفية والتحليلية والتقييمية المستقبلية حول هذا الهدف كما يلي :

- **الوصفية** : تعيين وتطوير مؤشرات استخدام الرعاية الطبية بالنسبة للاحتياجات التي يمكن للرعاية الطبية أن تؤثر إيجابياً .
- **التحليلية** : تركيز البحوث التحليلية على فحص تأثير تنظيم وتحويل الرعاية الطبية على نتائج المرضى .
- **التقييمية** : تقييم النماذج الحالية ، والمبتكرة لتقديم الرعاية والتأمين الصحي من حيث أدائها في توفير الرعاية الفعالة الكافية . ويراجع الفصل السابع الدليل التجريبي على المدى الذي تحقق فيه هدف الإنصاف في الوصول إلى الرعاية في الولايات المتحدة .



## المراجع :

- Aday, L. 1989. Designing and Conducting Health Surveys: A Comprehensive Guide. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aday, L., and R. Andersen. 1981. "Equity of Access to Medical Care: Aconceptuall and Empirical Overview." Medical Care 19 (Supp): 4-27.
- Aday, L., R. Andersen, and G. Fleming. 1980. Health care in the U.S.: Equitable for whom? Beverly Hills: Sage Publications.
- Aday, L., C. Sellers, and R. Andersen.1981. "Potentials of Local Health Surveys: A State- of - the - Art Summary." American Journal of Public Health 71: 832-40.
- Agency for Health Care Policy and Research. 1991. Report to Congresso : `Progress of Research on Outcomes of Health Care Services and Procedures. AHCPR Pub. No. 91-0004. Rockville MD: Agency for Health care policy and Research.
- Agich, G., and C. Begley. 1985. "Some Problems with Pro-competition Reforms." Social Science and Medicine 21: 623 - 30.
- Anderson, O. W. 1990. Health Services as a Growth Enterprise in the United States Since 1875 2d ed. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Blendon, R., and H. Taylor. 1989. "Views on Health Care: public Opinion in Three Nations." Health Affairs 8 (March) : 149-57.
- Blumstein, J., and M. Zubkoff. 1979. "Public Choice in Health : problems, Politics and perspectives on Formulating National Health policy." Journal of Health politics, policy and Law 4: 382 - 413.
- Braybrooke, D. 1987. Meeting Needs. Princeton: Princeton University Press.
- Chitty, M., and N. Schatz. 1988. Federal Information Sources in Health and Medicine: A Selected Annotated Bibliography. Westport, CT: Greenwood Press.
- Cohen, S. 1980 "A Comparative Study of Synthetic Estimation Strategies with Applications to Data from the National Health care Expenditures Study." In Proceedings of the American Statistical Association, Section on Survey Research Methods. Washington, DC: American Statistical Association, PP. 595 - 600.
- Committee on the Costs of Medical Care. 1932. Medical Care for the American People: The Final Report of the Committee. Chicago : University of Chicago Press.
- Cutler, A. J. 1992 "The Morality of Efficiency in Health Care - Some Uncomfortable Implications." Health Economics 1:7-18.
- Daniels| N. 1985. Just Health Care. Cambridge: Cambridge University Press.
- DiGaetano, R., J. Waksberg, E. Mackenzie, and R. Yaffe. 1980. "Synthetic Estimates for Local Areas from the Health Interview Survey." In Proceedings of the American Statistical Association, Section on Survey Research Methods. Washington, DC: American Statistical Association, PP. 46-55.

- Dougherty, C. 1988. American Health Care: Realities, Rights, and Reforms. New York: Oxford University Press.
- Eddy, D. 1991. "Clinical Decision Making From Theory to Practice - what's Going on in Oregon?" Journal of the American Medical Association 266: 417-20.
- Fein, R. 1972. "On Achieving Access and Equity in Health Care." Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and society 50:157-90.
- Fried, C. 1976. "Equality and Rights in Medical Care." Hastings Center Report 6 (February): 29-34.
- Hadorn, D. 1991. "Setting Health Care Priorities in Oregon: Cost- Effectiveness Meets the Rule of Rescue." Journal of the American Medical Association 265: 2218 - 25.
- Hulka, B., L. Kupper, M. Daly, J. Cassel, and F. Schoen. 1975. "Correlates of Satisfaction and Dissatisfaction with Medical Care: A Community Perspective." Medical Care 13: 648 - 58.
- Institute of Medicine 1993. Access to Health Care in America. Washington, DC: National Academy Press.
- Kaplan, R., and J. Anderson. 1988. "A General Health Policy Model: Update and Applications." Health Services Research 23: 203 - 35.
- Kosecoff, J., K. Kahn, W. Rogers, E. Reinisch, M. Sherwood, L. Rubenstein, D. Draper, C. Roth, C. Chew, and R. Brook. 1990. "Prospective payment System and Impairment at Discharge: The "Quicker and Sicker" Story Revisited." Journal of the American Medical Association 264: 1980- 83.
- Kralovec, P., and S. Andes. 1988. Inventory of U.S Health Care Data Bases. DHHS Pub. No. HRSA HRS-P - OD 88-2. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Lohr, K., R. Brook, C. Kamberg (smallr) , G. Goldberg, A. Leibowitz., J. Kessey, D. Reboussin, and J. Newhouse. 1986. "Use of Medical Care in the RAND Health Insurance Experiment: Diagnosis and Service- Specific Analyses in A Randomized Controlled Trial." Medical Care 24 (Supp.): S1-87.
- National Center for Health Statistics. 1977. Synthetic Estimation of State Health Characteristics Based on the Health Interview Survey. DHEW Pub. No. PHS 78-1349. Washington, DC: U.S. Government Printing Office .
- \_\_\_\_\_. 1989 Data Systems of the National Center for Health Statistics. DHHS pub. No. PHS 89-1325. Washington, DC: U.S. Government printing Office.
- Nozick, R. 1974. Anarchy, State, and Utopia. New York: Basic Books.
- Outka, G. 1975. "Social Justice and Equal Access to Health Care." Perspectives in Biology and Medicine 18: 185- 203.
- Rawls, J. 1971. A Theory of Justice. Cambridge: Harvard University Press.
- Roemer, M. 1985. "I. S. Falk, the Committee on the Costs of Medical Care, and the Drive for National Health Insurance." American Journal of Public Health 75: 841- 48.

- Rosenblatt, R. 1989. "The Perinatal Paradox." *Health Affairs* 8 (September): 158-68.
- Sager, M., D. Easterling, D. kindig, and O. Anderson. 1989. "Changes in the Location of Death after Passage of Medicare's Prospective Payment System." *New England Journal of Medicine* 320: 433-39.
- Singer, I., A. Meyerhoff, and S. Schiffman. 1985. *A Guide to Health Data Resources*. Millwood, VA: Project HOPE, Center for Health Affairs.
- Stewart, A., S. Greenfield, R. Hays, K. Wells, W. Rogers, S. Berry, E. McGlynn, and J. Ware. 1989. "Functional Status and Well - Being of Patients with Chronic Conditions: Results from the Medical Outcomes Study." *Journal of the American Medical Association* 262: 907-13.
- Torrance, G. W. 1986. "Measurement of Health State Utilities for Economic Appraisal - A Review." *Journal of Health Economics* 5: 1-30.
- Veatch, R. 1981. *A Theory of Medical Ethics*. New York: Basic Books.
- Ware, J., and M. Synder. 1975. "Dimensions of Patient Attitudes Regarding Doctor and Medical Care Services." *Medical Care* 13: 669 - 82.
- Wood, J., and C. Estes. 1990. "The Impact of DRGs on Community - based Service Providers: Implications for the Elderly." *American Journal of Public Health* 80: 840 - 43.



## الفصل السابع

### الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية

#### الدليل والتطبيق :

يلخص هذا الفصل الدليل على الدرجة التي حقق فيها هدف الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية في الولايات المتحدة ، ويراجع كيف يمكن أن يساهم التأمين الصحي الشامل (Universal Health Insurance) في تعزيز هذا المرام . وسوف تُعرض في هذا الفصل نتائج بحوث الخدمات الصحية فيما يتعلق بمتلازمات ومؤشرات الإنصاف التي نوقشت في الفصل السادس . وتقدم في هذا الفصل ، إسهامات التأمين الصحي الشامل (UHI) ، ومعايير تقييم مقترحاتها ، فيما يتعلق بهدف الإنصاف ، ويطبقها الفصل التاسع على بدائل مختارة من التأمين الصحي الشامل (UHI) .

#### الدليل المتعلق بالإنصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية :

يفحص النقاش التالي النتائج من بحوث الخدمات الصحية ، الوصفية والتحليلية والتقييمية ، عن الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية لمواجهة السؤال الرئيسي المطروح في هذا الفصل وهو «مادى تحقيق نظام الرعاية الطبية الأمريكي لهدفه ، بتقديم الحرية وتساوى الفرص في الحصول على الرعاية الطبية الفعالة ؟» والإجابة ، وفق الدليل المتوفر أنه «لم يحققه جيداً» .

استخدمت مجموعة كبيرة من المقاييس ، من نوع المؤشرات الاجتماعية لتوثيق أداء نظام الرعاية الطبية الأمريكي ، فيما يتعلق بالإنصاف . وتفصل أمثلة توضيحية ، وتقديرات لمؤشرات هذا الهدف ، التي عرضت في الجدول (٦-٢) ، في الملحق (٦-١) . إلا أن عرض ومناقشة النتائج يركز في الدرجة الأولى على النزعات في مؤشرات الوصول إلى الرعاية المحتمل (potential Access) وعلاقتها بالتنبؤ باستخدام الناس الفعلي ومستويات الرضا بالرعاية الطبية .

## مواصفات نظام تقديم الرعاية :

المتاحة (Availability) :

الوصول المحتمل : لقد تحولت اهتمامات السياسة الرئيسية فيما يتعلق بمتاحية القوى العاملة الطبية وموارد الرعاية الطبية في منطقة ما خلال الثلاثين سنة الماضية من قضية «كم يوجد» من مقدمي الرعاية إلى «أين يوجد» مقدمو الرعاية و «لن» تقدم الخدمة بالضبط . لقد كان توزيع الرعاية ، والأهم من ذلك ، تأثير توافر الخدمة على ما إذا كانت الرعاية تلتبس ، ولازال ، مركز اهتمام جهود السياسة الصحية فيما يتعلق بالوصول إلى الرعاية .

أدت سياسات ما بعد الحرب العالمية الثانية ، لدعم تدريب القوى العاملة الطبية ، وإنشاء المستشفيات إلى ازدياد عام في أعداد مقدمي الرعاية ، والمرافق الصحية . وانعكس هذا الازدياد ، في الارتفاع المستمر لنسب مقدم الرعاية التقليدي ، والمرافق ، للسكان . فقد ارتفع عدد الأطباء العاملين لكل (١٠,٠٠٠) من السكان ، على سبيل المثال ، بحوالي الثلثين من (١٤,١) طبيب لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في عام ١٩٥٢م إلى (٢٢,٣) طبيب لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في عام ١٩٨٩م (NCHS 1992, 245) . وتوسع عدد أسرة المستشفى لكل ألف من السكان المدنيين بحوالي الثلث من (٣,٢) سرير في عام ١٩٤٠م إلى (٤,٥) سرير في عام ١٩٨٠م ، مع أن هذا الرقم انخفض في السنوات القليلة الماضية إلى (٢,٨) سرير لكل ألف من السكان في عام ١٩٨٩م (NCHS 1992, 258-59) .

يوجد تفاوت كبير في التوزيع الجغرافي لمقدمي الرعاية ، فقد تراوح عدد الأطباء العاملين ، غير الفدراليين لكل (١٠,٠٠٠) من السكان المدنيين في عام ١٩٨٩م من (٥٨) طبيباً في واشنطن العاصمة إلى (١٤,٢) طبيب في ألاسكا . وكان في الجنوب أقل عدداً من المرضى (٥٦٢,٢) وأطباء الأسنان (٤٦,٨) لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان ، من أي منطقة أخرى (NCHS 1990c: 1992, 243-44, 247) .

من القضايا المرتبطة بمتاحية الخدمات ، ما إذا كان مقدمو الرعاية على استعداد لعلاج المرضى الذين لديهم تأمين حكومي أو غير مؤمنين . فقد انخفضت إجمالي نسبة



الأطباء الذين يرفضون علاج المرضى من ميكيدي من (٢٢,٧٪) في عام ١٩٧٧-٧٨م إلى (١٦,٥٪) في عام ٨٥-١٩٨٤م ، وحدث انخفاض مماثل لأطباء أمراض النساء والولادة من (٢٥,٦٪) إلى (٢٧,١٪) ، ومع ذلك فلا زال رفض الأطباء لعلاج مرضى ميكيدي يمثل عائقاً هاماً لرعاية الحوامل من نوات الدخل المنخفض وخاصة اللاتي يعشن في المناطق الفقيرة ، الأهلة بالأقليات في المدن الكبيرة (Mitchell 1991) .

### الوصول الفعلي للرعاية الطبية :

أشارت البحوث خلال السبعينيات والثمانينيات الميلادية أن نسبة مقدمي الرعاية للسكان ، وحدها ، لا تحدد معدلات الاستخدام الفعلي . حتى في المناطق ذات القصور المزعوم ، في مصادر الرعاية ، فإن المقيمين الذين لديهم سبل المواصلات والموارد المالية ، تنتقلوا إلى خارج الأحياء التي يقطنونها ، أو إلى المدن المجاورة طلباً للرعاية الصحية (Chiu, Aday and Andersen 1981; Kleinman and Wilson 1977) ، إلا أن هناك قلقاً متزايداً نحو تأثير عدد من النزعات ، على المستوى الوطني والمحلي ، على متاحة مقدمي الرعاية ، إضافة إلى أنماط استخدام المقيمين في المجتمعات الريفية أو في المناطق الفقيرة بالمدينة ، (Inner-city) الناتجة . وتشمل هذه النزعات ارتفاع معدل إغلاق المستشفيات الريفية والمستشفيات المجهدة مالياً ، في المدن التي تخدم السكان الفقراء المقيمين في الأحياء الفقيرة (Inner-city) في المدن الكبيرة ، وفرار مقدمي الرعاية الأولية من نفس هذه المناطق ، أو ممانعتهم الانتقال إليها وتقديم الخدمة فيها . ونسبة عالية من أطباء بعض التخصصات مثل أطباء الولادة وأمراض النساء الذين أغلقوا عياداتهم للمعوزين طبياً ومرضى ميكيدي بسبب انخفاض معدلات التعويض (reimbursement) من الطرف الثالث العام . وارتفاع التخوف من تحمل المسؤولية القانونية في قضايا التقصير المهني الطبي (medical malpractice Liability) .

(Aiken and Mullinix 1987; Bureau of Health Professions 1990; Ermana 1990 Frenzen 1991; General Accounting Office 1990, 1991; Health Services Research 1989, Iglehart 1987; Institute of Medicine 1989 a, 1989b; Kindig and Movassaghi 1989; Mullner et al 1989; National Commission to Prevent Infant Mortality 1988; Office of Technology Assessment 1990; Schloss 1988; Schwartz, Sloan and Mendelson 1988; United States Congress 1988).

تعتمد تأثيرات هذه التغييرات على أنماط الاستخدام الفعلي ، إلى درجة كبيرة على ما إذا كانت تدابير تقديم الخدمة البديلة تتوفر فيها بعد للسكان الذين كان يخدمهم مقدم الرعاية سابقاً (مثل : من خلال إعادة تشكيل مستشفى ريفي يعني في السابق بالرعاية داخل المستشفى إلى مقدم لخدمات الرعاية الأولية أو خدمات الطوارئ) . اتضح أن عدم وجود نظام رعاية أولية كافٍ ، عامة ، وخدمات الأمومة وماقبل الولادة خاصة ، للنساء نوات الدخل المنخفض من المقيمين في أقاليم (Counties) أو مجتمعات ريفية منعزلة (مثل : تلك التي على طول حدود تكساس والمكسيك) يساهم لمعدلات استخدامهم المنخفضة للخدمات الوقائية ، إضافة إلى الرعاية المتصلة بمرض محدد (Fossett et al 1990; Institute of Medicine 1988; Warner 1991) .

### التمهيد :

### الوصول المحتمل إلى الرعاية :

يعكس تنظيم وتمويل الرعاية الطبية في الولايات المتحدة ، بازدياد ، نظام تعدد الطبقات لتقديم الخدمات للطبقة المتوسطة والعليا من المجتمع ، ذات التأمين الخاص ، ومن المسنين المؤمنين من خلال مديكيد فقط ، والمعوزين أو الطبقة العاملة الفقيرة المؤهلين لتأمين مديكيد ، والأفراد والأسر الذين هم بدون تأمين عام ولا خاص . لقد كانت مثل هذه التقسيمات إلى حد ما ، أمراً واقعاً ، في نظام الرعاية الطبية الأمريكي ، إلا أنها تظهر الآن كمفارقة (Paradox) خاصة ، لأنه باستمرار ارتفاع التبعثات العامة والخاصة للإنتفاخ الكلى على الرعاية الطبية ، يرتفع كذلك عدد الأمريكيين الذين لاحتماية لديهم أو لديهم حماية غير كافية ضد هذه الزيادات العارمة .

وصف رلمان (Relman 1980) خصائص التركيبة الطبية الصناعية -الطبية (Medical-industrial complex) المنبثقة ، كشبكة ضخمة نامية ، من الشركات الخاصة ، تعمل في تجارة توفير الرعاية الطبية للمرضى مقابل ربح مادي ، مثل المستشفيات التسلسلية (Chain Hospitals) ، والعيادات المفتوحة (walk-in) (بدون مواعيد) ، ومراكز الكلى الصناعية (dialysis) وشركات الرعاية الصحية المنزلية (Home Health Care) وتزداد صلة الأشكال المتنوعة والمحدثة من الممارسة الطبية الخاصة ، بطرق الدفع

للرعاية الطبية . وتشمل هذه الأشكال منظمات الحفاظ على الصحة المبنية على الممارسة الجماعية (Group practice based HOM'S) ، واتحادات الممارسة الفردية (Individual Practice Associations) ، ومنظمات مقدم الرعاية المفضل (preferred Pro- vider organization) ، ومنظمات الرعاية المدبرة (managed care) ، ضمن أخرى غيرها . أخذت الفروقات التنظيمية بين هذه التدابير المختلفة تتلاشى بازدياد . وقد حاولت جميع هذه البدائل أن تطور نظم ممارسة طبية مدركة للتكلفة ، وأساليب لتعويضها (Feldman, Kralewski and Dowd 1989; Morrison and Iuft 1990) ، وقد ارتفع عدد منظمات الحفاظ على الصحة (نموذج المجموعة واتحاد الممارسة المنفردة) من (١٧٤) في ١٩٧٦م إلى ثروتها التي بلغت (٦٤٧) في عام ١٩٨٧م ، ومع أن عدد المشتركين في مثل هذه البرامج استمر بالنمو إلا أن عدد هذه البرامج أخذ بالتناقص من الذروة (إلى ٥٥٢ في عام ١٩٩١م) وذلك في المقام الأول بسبب اندماج بعض البرامج وإغلاق البعض الآخر نتيجة لازدياد التنافس (NCHS 1992, 293) .

أضاف تزايد عدد المسنين (وخاصة أكبر المسنين) ، والدوافع إلى تقصير فترة الإقامة في المستشفى ، الناتجة عن تطبيق نظام المجموعات المرتبطة تشخيصياً (DRG) ضغوطاً متزايدة على دور المسنين . فقد انخفض عدد أسرة دور المسنين لكل ألف من السكان المقيمين بسن (٨٥) أو أكبر ، من (٦٨١,٤) في عام ١٩٧٦م ، إلى (٥٨٢,٢) في عام ١٩٨٦م (NCHS 1992, 264-65) .

أنت حركة اللامصحية (deinstitutionalization) في رعاية الصحة العقلية إلى إطلاق عدد كبير من المرضى العقليين إلى المجتمع ، وكذلك إلى تقليل أهمية الرعاية طويلة الأمد داخل المرافق . فعلى سبيل المثال انخفض عدد أسرة العلاج والإقامة في منظمات الصحة العقلية لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان ، من (٢٦٢,٦) في عام ١٩٧٠م إلى (١١١,٥) في عام ١٩٨٨م (NCHS 1992, 257) .

### الوصول الفعلي :

يتصل الاهتمام الأساسي لتأثير هذا التزايد في تحول الممارسة الطبية إلى نمط الشركات التجارية ، على الوصول الفعلي إلى الرعاية ، بواقع أن المؤسسات الصحية

الخاصة والربحية تميل إلى عدم خدمة الفقراء والمعوزين طبيًا . كما يميل مقدمو الرعاية واسعر النطاق البيروقراطيين الذين يتمتعون بالدعم العام (الحكومي) إلى كونهم أقل ملاءمة وإرضاء للمستهلكين (Aday 1987) .

لقد كان تمثيل الفقراء والمسنين في منظمات الحفاظ على الصحة ، وبرامج التأمين الخاص أقل مما يجب ، وذلك لأن مثل هذه البرامج تميل إلى ضم الموظفين ومن يعملون ، وأغلبهم تحت سن الخامسة والستين وليسوا فقراء . وقد لاقت البرامج والمشاريع التجريبية التي دعمتها إدارة تمويل الرعاية الصحية (HCFA) لتسجيل الفقراء والمسنين في مثل هذه التنظيمات ، نجاحاً مشوباً من حيث أهداف التكلفة والجودة . وبصفة عامة فقد عبر المشتركون عن الرضا عن مقدمي الخدمة أقل من المرضى في مواقع مقارنة (Freund et al 1989; Langwell and Hadly 1989) .

وثقت تجربة راند (RAND للتأمين الصحي ، رضا أقل للعملاء بين مشتركين منظمات الحفاظ على الصحة ، مقارنة بعملاء الخدمة مقابل الرسوم (Fee for Service) (Wagner and Bledose 1990, Ware et al 1986) . كما بين أيضاً تقييم أحدث قامت به منظمة راند (RAND) لمنظمات مقدم الرعاية المفضل (PPO) ، أن المشتركين في هذه المنظمات كانوا عامة ، أكثر رضا من المشتركين في منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) (Hosek et al 1990) .

يوجد الدليل على أن كلاً من المؤسسات الصحية الخاصة ، غير الربحية ، و الربحية أيضاً ، أقل رغبة لخدمة المرضى غير المؤمنين ، ولديها معدلات رعاية غير معوضة أو معوضة بأقل مما ينبغي ، أقل من المؤسسات العامة ، وخاصة المستشفيات التعليمية (Gray 1986; Sloan, Blumstein, and Perrin 1986) . يضطر مستخدمو المرافق المدعومة حكومياً (مثل : عيادات الصحة العامة ، والعيادات الخارجية بالمستشفيات أو غرف الطوارئ) في كثير من الأحوال إلى الانتظار ساعات قبل خدمتهم عندما يكونون مرضى أو مصابين ، وقد يضطرون إلى الانتظار أسابيع أو أشهر قبل الحصول على موعد لرعاية روتينية أو وقائية (لرعاية ما قبل الولادة مثلاً) .

(Freeman et al 1987; Institute of Medicine 1988; Robert wood Foundation 1987; Tavani 1991) .

**التمويل :****الوصول المحتمل :**

أدى تطبيق نظام مديكيد ومديكير في منتصف الستينيات الميلادية إلى ارتفاع هام في النسبة المئوية من الخدمات والإمدادات الصحية (Health Services and Supplies) (HSS) (وهي تكلفة الرعاية الصحية باستثناء البحوث والتشييد) الممولة من قبل الحكومة الفدرالية من (٩٪) في عام ١٩٦٥م إلى (١٨٪) في عام ١٩٨٠م . كما اتخذ القطاع الخاص دوراً أكبر في تمويل الرعاية الصحية من خلال التغطية الصحية بواسطة أرباب العمل . إذ ارتفعت نسبة إنفاق القطاع الخاص على الخدمات والإمدادات الصحية (HSS) من (١٧٪) في عام ١٩٦٥م ، إلى (٢٧٪) في عام ١٩٨٠م ، فيما انخفضت نسبة الإنفاق التي تتحملها الأسر والأفراد من (٦١٪) إلى (٢٨٪) خلال الفترة ذاتها (Levit and Cowan 1991) . وفي عام ١٩٩٠م دفع كل من هذه العناصر الرئيسية حوالي ثلث تكلفة الرعاية الصحية في البلاد . فقد كان (٢٣٪) من الإنفاق من مصادر عامة (بما فيها (١٨٪) من الحكومة الفدرالية ، و (١٥٪) من حكومات الولايات والحكومات المحلية) و (٢٩٪) من القطاع الخاص و (٣٥٪) من الأفراد و (١٣٪) من ريع غير المرضى (التبرعات الخيرية وبخل مقدمي الخدمة من الفوائد البنكية وغيرها) . فيما استمرت تكاليف الرعاية الصحية بالارتفاع خلال العقد الماضي ، ازداد الاهتمام من دافعي الطرف الثالث (Third-Party payers) من القطاع العام والخاص ، في تخفيض المبالغ التي يتفقونها على الرعاية الطبية ، ولذا فقد فرضوا معايير صارمة للتأهل للبرامج التأمينية وتقليص الخدمات المشمولة في التغطية . وفرضوا كذلك معدلات ثابتة محددة سلفاً للتعويض حسب التشخيص أو عند الخروج من المستشفى (على غرار DRG) ومشاركة أكبر للمستهلك في التكاليف . وارتفع تدريجياً الإنفاق للخدمات والإمدادات الصحية كنسبة من دخل الفرد أو دخل الأسرة ، والذي بقي ثابتاً نسبياً من ١٩٦٥م إلى ١٩٨٠م (حوالي ٤.٢٪) إلى (٥٪) في عام ١٩٩٠م (Levit and Cowan 1991) .

## الوصول الطبي :

تشير النتائج البحثية المتعلقة بمبادرة التسعير المستقبلي في السنوات القليلة الماضية (التعويض لخدمات المستشفى تحت مديكر على أساس DRG) لاستخدام وإنفاق المستشفيات ، إلا أن معدلات الدخول إلى المستشفى (Admission Rates) ومجموع أيام الرعاية (Total days of care) ومتوسط طول الإقامة في المستشفى (Average Length of stay) قد انخفضت منذ البدء في تطبيق التسعير المستقبلي . إلا أن هذه النزعات التي كانت قائمة في تنظيم وتقديم الرعاية قبل تطبيق نظام المجموعات المرتبطة تشخيصياً (DRG) (مثل التأكيد على خدمات الرعاية الخارجية) .

(Edwards and Gibson 1990; Health Care Financing Review 1989; Russel and Manning 1989; Sloan, Morrissey and Valvona 1988).

ومع ذلك يوجد الدليل في الكثير من المجتمعات أن المسنين يُخرجون من المستشفيات بعد إقامات أقصر ويصحة أسوأ ، وذلك غالباً نتيجة لتجاوب مقدمي الخدمة مع سياسة تسعير المجموعات المرتبطة تشخيصياً (DRG) ، وقد أصبح معدل الوفيات بعد الخروج من المستشفى لمن هم في حالات صحية غير مستقرة ، أعلى بعد تطبيق هذا النظام ، وخاصة بين الذين أُخرجوا من المستشفى إلى بيوتهم بدلاً من إخراجهم إلى دور المسنين ، أو إلى رعاية مؤسساتية أخرى (Kosecoff et al 1990) ، وقد كشفت نزعة إخراج مثل هؤلاء المرضى عند الوصول إلى الحد الأقصى من أيام التنويم المعوض عنها ، قصوراً في نظام رعاية ما بعد التنويم (Posthospitalization) للمرضى المسنين والمصابين بأمراض مزمنة ، في العديد من المجتمعات ، ويشمل هذا القصور التخطيط غير الكافي لإخراج المرضى من المستشفى ، والأعداد غير الكافية من أسرة دور المسنين ، وعدم وجود خدمات دعم من المجتمع (Community Support Services) والضغوط الناتجة عن ذلك على أسر المرضى ومقدمي الرعاية الآخرين (Gornick and Hall 1988; Kenny and Holahan 1991) . أصبح مديكر الآن ، الذي نصب أساساً لتوفير التغطية التأمينية للمعوزين طبياً ، الممول الرئيسي للرعاية طويلة الأمد (خاصة خدمات دور المسنين) للمسنين (Oberb and Polich 1988) . أدت التخفيضات الكبيرة في الإنفاق على برنامج مديكر في أوائل الثمانينيات إلى

تخفيضات هائلة في أعداد الأشخاص المستفيدين ، ومدى الخدمات المقدمة في الكثير من الولايات ، الأمر الذي سعت قوانين فدرالية بتوسعة التغطية لفئات من الفقراء خلال منتصف الثمانينيات إلى إصلاحه (Holahan and Zedlewski 1991; Johns and Adler 1989) .

وثقت تجربة راند (RAND) للتأمين الصحي علاقة عكسية بين كمية خدمات الأطباء والمستشفيات المستهلكة ، ومبالغ الدفعات الملزمة (Copayments) التي يتحملها المستهلك - أي كلما ارتفعت المبالغ التي يدفعها المستهلك ، استهلك كمية أقل من خدمات الرعاية الطبية . كانت معدلات استخدام الرعاية الطبية للأطفال ، المقدمة في العيادات الخاصة أكثر المعدلات احتمالية للانخفاض ، للمرضى في بيئة المشاركة في التكلفة ، بالمقارنة مع برامج الرعاية المجانية (Andersen, Brok, and Williams 1991) . مع أن تجربة التأمين الصحي وثقت ، بصفة عامة ، نتائج صحية سلبية طفيفة ، نتيجة تدابير برامج التأمين ذات المشاركة في التكلفة (Cost-Sharing) . وكانت التأثيرات التي وجدت في الدراسة غالباً بين الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة من أصحاب الدخول المتدنية (Lohr et al 1986) . يميل إنفاق الرعاية الطبية إلى تمثيل نسبة أعلى بكثير ، من مجموع دخل الأسر ذات الدخول المتدنية منه لدى الأسر ذات الدخول المرتفعة ، ومما لاشك فيه أن السياسات التي تشجع على مشاركة أكبر ، للتكلفة من جهة المستهلك ، ستخفف بصورة عامة ، استخدامات الخدمات الطبية . وغالباً ستقع التأثيرات الاقتصادية والصحية الناتجة ، على أكثر الناس فقراً وأشدّهم مرضاً .

#### مواصفات السكان :

إن التركيز في مراجعة الدليل المتعلق بالإنصاف من حيث مواصفات السكان هو على تأثير مجموعة من العوامل المعرضة (Predisposing) ، والممكنة (Enabling) وعوامل الاحتياج (Need) ، على استخدام السكان للرعاية الطبية ورضاهم عنها .

## العوامل المعرضة (Predisposing) :

يرتبط العمر ارتباطاً هاماً مع استخدام جميع أنواع خدمات الرعاية الطبية لأنه مؤشر هام للأمراض المرتبطة بالعمر . وتستخدم النساء عامة الخدمات الصحية أكثر من الرجال وذلك عائد إلى درجة متفاوتة ، إلى احتياجاتهن للرعاية المتعلقة بالولادة ، وإلى كونهن يعمرن أطول من الرجال ، وكذلك إلى أن التماسهن للرعاية والتداوى مقبول اجتماعياً أكثر من الرجال (Aday 1992) . إلا أنه كما سبق الإشارة إليه ، يوجد معوقات متاحة وتنظيمية ومالية كبيرة لفئات من النساء (خاصة النساء نوات الدخول المنخفضة ، أو غير المؤمن عليهن أو المؤهلات لمديكيد) اللاتي ينتشن خدمات رعاية ما قبل الولادة وخدمات الولادة .

المستوى التعليمي (Education) هو مؤشر تنبئى هام لاستخدام الخدمات الوقائية – فإن الناس الأكثر تعليماً ، هم الأكثر احتمالية أن يكونوا قد أجروا فحصاً عاماً وتلقوا التحصينات اللازمة والاختبارات والإجراءات لأهداف وقائية ، كما أن النساء الأكثر تعليماً هن أكثر احتمالية أن يكن قد التمسن الرعاية فى بداية الحمل (Aday and Eichhorn 1991a, horn 1972; Maurana, Eichhorn, and Lonngquist 1981; NCHS 1988, 1990a, 1991b). وقد استمر تأثير هذه العوامل المعرضة على استخدام الرعاية ثابتاً نسبياً على مر الزمن .

## العوامل الممكنة (Enabling) :

حسب مسح الإنفاق الطبى الوطنى لعام ١٩٨٧م (National Medical Expenditure Survey) ، لم يكن لدى (١٨,٨٪) من السكان أى مصدر معتاد للرعاية الطبية . وبين الذين لديهم مصدر معتاد ، فقد استخدمت عيادة الطبيب بأكبر مقدار بواقع (٨٥,٧٪) ، يليها المراكز والمواقع الصحية مثل : عيادات الشركات أو العيادات المدرسية بواقع (٨٪) ، ثم العيادات الخارجية وغرف الطوارئ بالمستشفيات بواقع (٦,٣٪) . وكان السود والمواطنون من أصل أسباني والفقراء والذكور والراشدون فى ١٩-٢٤ سنة من العمر ، والمقيمون فى مناطق مبنية إحصائية كبيرة (Metropolitan Statistical area)



وغير المؤمن عليهم صحياً ، الأقل احتمالية في أن يكون لديهم مصدر معتاد للرعاية ، وهم كذلك أكثر الناس احتمالية لاستخدام العيادات الخارجية أو غرف الطوارئ في المستشفيات بين الذين لديهم مصدر معتاد للرعاية الطبية (Cornelius, Beauregard and Cohen 1991) .

قدر عدد الأمريكيان الذين يفتقرون إلى التأمين الصحي ، سواء العام أو الخاص بأنه يتراوح ، في أى يوم ما ، من ٢١ إلى ٢٧ مليون نسمة ، كما قدر عدد غير المؤمنین في وقت ما من السنة (السنة كلها أو جزء منها) بأنه أكبر من ذلك (٤٨ مليون نسمة) (Friedman 1991) . وقد وجد مسح الإنفاق الطبى الوطنى لعام ١٩٨٧م (National Medical Expenditure Survey) أن أكثر الناس احتمالية بأن يكونوا غير مؤمن عليهم صحياً ، في وقت ما خلال العام هم الشباب الراشدون والأطفال تحت الثامنة عشر من العمر ، والمواطنون من أصل أسباني والسود والفقراء (Short 1990) . عند إجراء مسح المقابلة الصحية (Health Interview Survey) للمركز الوطنى للإحصاءات الصحية في عام ١٩٨٩م ، كانت نسبة السكان تحت سن الخامسة والستين من غير المؤمنین أعلى للسود (٢٠.٢٪) ولغير البيض الآخرين (١٩.٧٪) ، ومن المواطنين البيض (١٢.٨٪) ، وكانت أعلى للفقراء (٣٢.٥٪) عن غير الفقراء (١٠.٣٪) وأعلى لدى العاطلين عن العمل (٢٨.٣٪) من العاملين (١٣.٩٪) (Ries 1991) . كانت الغالبية العظمى من غير المؤمنین (٧٧٪) حسب مسح الإنفاق الطبى الوطنى لعام ١٩٨٧م ، من أسر بها راشد يعمل . وكان العاملون من غير المؤمنین أكثر احتمالية للعمل جزئياً (Part-Time) (٢٤٪) ، أو موظفين ذاتياً (Self-Employed) (٢٣٪) أو للعمل في الإنشاء (Construction) (٢٠٪) أو بالصناعات الخدمية (Services Industries) (٣١٪) أو لا يكونون أعضاء في اتحادات عمالية (Union) (١٦٪) وأن يعملوا في مؤسسات صغيرة بأقل من عشرة موظفين (٢٦٪) وأن يكسبوا أقل من خمسة دولارات في الساعة (٢٠٪) (Short, Monheit and Beauregard 1989) .

إضافة إلى ذلك فقد قدر أن حوالى واحد من كل أربعة (٢٦٪) من غير المسنين المؤمنین ، كان مؤمناً عليهم أقل من المطلوب أو لديهم حماية غير كافية ضد احتمالية وقوع تكاليف طبية باهظة (Farley 1985) .

بلغت نسبة الفقراء والمعوذين المؤمنين ببرنامج مديكيد ثروتها بواقع (٦٤٪) في منتصف السبعينيات ، ومن ثم انخفضت إلى حوالي (٤٠٪) في منتصف الثمانينيات ، وقد سعت توسعات مديكيد في الآونة الأخيرة إلى عكس هذه النزعة للنساء والأطفال والرضع من نوى الدخول المتتنية (Friedman 1991) .

### الاحتياج (Need) :

قد يكون تقييم الاحتياج مبنياً على أساس إدراك المرضى الذاتى لصحتهم ، إضافة إلى تقييمات وتشخيصات المهنيين الطبيين السريرية . وقد لانتفق تقييمات المرضى مع تقييمات مقدمى الخدمة للاحتياج . إلا أن الاحتياج كيفما كان قياسه ، يعتبر يوماً مؤشراً هاماً لاستخدام الخدمات الصحية وخاصة حجم الخدمات المستهلكة (انظر النقاش التالى حول الاستخدام المتعلق بالاحتياج) ، فعلى سبيل المثال إن الاحتياج هو عامة أهم المؤشرات لعدد زيارات الأطباء لمن يراجعون الطبيب مرة واحدة على الأقل ، ولعدد أيام الرعاية بعد دخول المريض للمستشفى . لقد كان ولازال الاحتياج أقل أهمية للخدمات التى تميل إلى كونها وقائية أو الخدمات الاستثنائية (Discretionary) مثل رعاية الأسنان ، من العوامل الأخرى (وخاصة العوامل الممكنة) (مثل الدخل أوالتغطية التأمينية) (Aday, Andersen, and Flemming 1980; Andersen et al 1987) .

### الاستخدام (Utilization) :

العرق ، والدخل ، ووجود مصدر معتاد للرعاية والتغطية التأمينية هي مؤشرات تنبؤية هامة ومتصلة بالسياسة الصحية ، لاستخدام خدمات الرعاية الطبية . رغم التحسينات فى مستويات الوصول إلى الرعاية الطبية بين المواطنين من أصل أسباني ، والسود ، والأقليات الأخرى ، إلا أنهم لازالوا أقل احتمالية لاستخدام أنواع محددة من الخدمات ، من البيض . الأمريكيون المكسيكيون بالأخص هم أقل ميلاً لزيارة الطبيب ، أو طبيب الأسنان ، أو الدخول إلى المستشفى ، من البيض أو السود أو الفئات الأخرى من أصل أسباني . كما أن النساء من أصل أسباني ومن السكان الأصليين للقارة

الأمريكية ، من أقل احتمالية أن يكن قد التمسّن الرعاية خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل ، وفي بعض الحالات ، لا يلمسّن الرعاية إطلاقاً خلال الحمل .

يبدو أن الافتقار إلى التغطية التأمينية عامل هام مساهم في انخفاض استخدام المواطنين من أصل أسباني للخدمات الطبية وخدمات رعاية الأسنان (Andersen, Giachello and Aday 1986; Ginzberg 1991; NCHS 1984; 1992; Trevino et al 1991) .

تتخفّض في كثير من الأحيان نسبة النساء اللاتي يلمسّن الرعاية في الثلاثة أشهر الأولى من الحمل ، والأطفال في المرحلة قديمدرسية (Preschool) المحصّنين ، والراشدين والأطفال الذين راجعوا طبيب أسنان ، بين المواطنين السود أكثر من البيض ، كما ترتفع بين السود أيضاً معدلات حدوث الزهري الخلقي (Congenital Syphilis) والسرطانات المستقحلة (Late-Stage Cancer) ، التي كان بالإمكان الوقاية منها من خلال التدخل المبكر (Manton, Patrick, and Johnson 1987; NCHS. 1990b, 1992) .

استخدم أصحاب الدخول المرتفعة خدمات الرعاية الطبية ، في السابق ، أكثر من نوى الدخول المتدنية . وارتفعت معدلات الاستخدام كثيراً بين الفقراء بعد تطبيق برامج مديكير ومديكيد ، ومع ذلك لازال هناك تباين يرتبط بالدخل في استخدام الرعاية الطبية . إلا أن معدلات استخدام خدمات الأطباء والمستشفيات عامة ، المتصلة بالاحتياج لازالت أقل للفقراء وخاصة أولئك الفقراء أو العاملين ، الذين لا يتمتعون بالتأمين الصحي .

كانت نسبة الذين راجعوا الأطباء خلال عام ١٩٩٠م أقل للأشخاص من أسر ذات دخل أقل من ١٤,٠٠٠ دولار سنوياً (٧٧,٣٪) من الأشخاص من أسر ذات دخل يبلغ ٥٠,٠٠٠ دولار سنوياً (٨١,٧٪) ، إلا أن الأشخاص نوى الدخول المتدنية كانوا في وضع صحي أسوأ بكثير من أصحاب الدخول المرتفعة حسب الإدراك الشخصي (غير الموضوعي) للصحة ، وأقالوا بوجود أيام ذات نشاط محدود بسبب المرض ويقصرون في النشاطات الرئيسية بسبب الحالات المرضية المزمنة . منذ تطبيق برامج مديكير وميديكيد ، أخذت معدلات الخروج من المستشفى ، وعدد أيام الرعاية ، وطول فترة الإقامة في المستشفى ، ومتوسط عدد مراجعات الطبيب بعد الزيارة الأولى ، في

الارتفاع لنوى الدخول المتدنية ، بالمقارنة مع نوى الدخول المرتفعة مما قد يعكس احتياجاً أكبر لدى نوى الدخول المتدنية ، إضافة إلى ميلهم إلى تأخير التماس الرعاية إلى أن تسوء المشكلة الصحية التي يعانون منها (NCHS 1992, 200, 202, 219, 220) .

يمثل وجود مصدر معتاد للرعاية الطبية مؤشراً احتمالياً قوياً وثالثاً لاستخدام الرعاية الطبية ، وخاصة إذا ما كانت الرعاية تلتبس أساساً . وبعد الدخول إلى نظام الرعاية ، يصبح وجود مصدر معتاد للرعاية ، أقل أهمية في التنبؤ بعدد مراجعات الطبيب اللاحقة ، أو بطول فترة الإقامة في المستشفى (Andersen et al 1987) . أثبتت التساؤلات حول دقة التقارير الذاتية عن مصدر معتاد للرعاية ، إضافة إلى ما إذا كان وجود مصدر معتاد للرعاية ، هو محدد لاستخدام الخدمات الصحية ، أم نتيجة لاستخدامها (Perloff and Morris 1989) . وقد أكدت النماذج السببية التي اختبرت اتجاه هذه العلاقة أن وجود مقدم معين للرعاية الطبية ، يؤثر تأثيراً مباشراً على قرار التماس الرعاية من عدمه (Kuder and Levitz 1985) .

ثبت أن وجود التغطية التأمينية وحجمها يكون مؤشراً احتمالياً هاماً لاستخدام خدمات الرعاية الطبية ، في العديد من الدراسات الوطنية والمحلية ، التي أجريت على «الوصول إلى الرعاية» (Andersen et al 1987; Davis and Rowland 1983; Freeman et al 1982; Kasper 1990; Rosenbach 1989; Wilensky and Berk 1982) .

كما يوجد دليل متزايد أن احتمال تلقى المرضى الذين لديهم تغطية تأمين خاص ، بموله طرف ثالث (Third-Party) رعاية أكثر كثافة وأكثر توجهاً للتقنية ، أكثر من الذين لديهم تأمين عام أو لاتأمين لديهم إطلاقاً (Hadley, Steinberg and Feder 1991; Wen, neker, Weissman and Epstein 1990) . وقد بينت دراسات في ولايات أنها حظقت أعداداً كبيرة من الفقراء من برنامج ميكييد ، والارتفاعات الناتجة عن ذلك ، في النتائج الصحية غير المؤاتية مثل ارتفاع معدلات وفيات الرضع (Braverman et al 1989) .

### الرضا عن الخدمة (Satisfaction) :

تؤكد مسوحات الرأي العام ، وآراء المرضى المتعلقة بآداء نظام الرعاية الطبية في بلاد مختلفة ، أن مواطني الولايات المتحدة هم الأكثر انتقاداً للنظام ككل وأقل رضااً

بتجربتهم الخاصة في تلقي الرعاية ، من مواطني الدول الأخرى مثل : كندا والمملكة المتحدة ، فقد أبدى (١٠٪) فقط من مواطني الولايات المتحدة استحقاقهم لنظام الرعاية الصحية وأنه لا يحتاج إلا إلى تعديلات طفيفة ، بالمقابل مع (٥٦٪) من المواطنين الكنديين و (٢٧٪) من مواطني المملكة المتحدة . وكذلك كان (٥٧٪) من مواطني الولايات المتحدة الذين أدخلوا إلى المستشفى راضين عن الرعاية التي نالوها أثناء إقامتهم ، بالمقارنة من (٧١٪) في كندا و (٦٧٪) في المملكة المتحدة . وكانت نسب المرضى الأكثر رضاء عن مراجعتهم لأطبائهم (٥٤٪) في الولايات المتحدة و (٧٣٪) في كندا و (٦٣٪) في المملكة المتحدة (Blendon and Taylor 1989) .

### الخلاصة (Summary) :

تشير مجموعة من مؤشرات أداء نظام الرعاية الطبية الأمريكي من حيث الإنصاف إلى أنه يقصر في تحقيق هذا الهدف . ومن الصعوبات التي تواجه بحوث الخدمات الصحية ، الوصفية ، في تطوير مؤشرات كفاية الوصول إلى الرعاية الطبية ، هي تحديد نطاقات الاحتياج (بما في ذلك المخاطر أو الظروف) التي تستطيع الرعاية الطبية فيها أن تؤثر تأثيراً ملموساً . إضافة إلى ذلك ، هناك حاجة إلى بحوث الخدمات الصحية التحليلية والتقييمية لتقدير التأثير المحتمل والفعلي لأنماط مختلفة من تمويل (مثل نظم مدفوعات الأطباء والمستشفيات البديلة) وتقديم الرعاية (منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) ، ومقدم الخدمة المفضل (PPO) ، أو خيارات الرعاية المدبرة الأخرى) على الوصول إلى الرعاية .

### تطبيق : مقترحات التأمين الصحي الثامن

#### — مشكلة الوصول إلى الرعاية الصحية :

كما أشير إليه في النقاش السابق ، فإن الأشخاص الذين لديهم تأمين صحي ، غالباً ما يكون لديهم إمكانية أفضل في الوصول إلى الرعاية ممن لا تأمين لديهم . وقد أدت الثغرات التي ظهرت في شبكة أمان التغطية التأمينية العامة والخاصة خلال العقد

الماضي إلى تحديد مشكلات الوصول إلى الرعاية على أنها قضية أعداد المواطنين غير المؤمن عليهم والمؤمنين تأميناً غير كافٍ. أدى تعريف مشكلة الوصول إلى الرعاية ، هذا ، إلى حوار نشط على المستوى الوطني حول السبل البديلة لمجابهة «مشكلة التأمين» .

يرجع سبب تزايد أعداد المواطنين الأمريكيين غير المؤمن عليهم والمؤمنين تأميناً غير كافٍ إلى تقلص التغطية تحت برامج كل من التأمين الصحي الخاص والعام ، فقد استمرت التكاليف الإضافية (out of pocket) للرعاية الطبية التي يتكبدها مستفيدو مديكير بالارتفاع ، ولازالت تغطية الرعاية طويلة المدى تحت هذا البرنامج غير كافية .

كان تقليص الدعم الفدرالي ، أعظم لبرنامج مديكير . ويسبب تخفيض الإنفاق التي سُنّت في برنامج مديكير في الثمانينيات ، استمر عدد المستفيدين من البرنامج ثابتاً خلال الفترة التي تزايد فيها عدد الفقراء . إذ بسبب متطلبات التأهل التصنيفية لبرنامج مديكير (مثل معونة الأسر مع أطفال تابعين Aid to Families With Dependent Children ، أو دخل الضمان التكميلي Supplementary Security Income) على سبيل المثال) لا تتأهل فئات معينة مثل الرجال غير المعوقين أو الأزواج بدون أطفال ، بصرف النظر عن الدخل . وفي نهاية الثمانينيات شرع الكونغرس تغطية مديكير للنساء الصوامل نوات الدخول المتدنية ، والأطفال - وقد قاومت العديد من الولايات هذا الإجراء بسبب الزيادة الكبيرة المطلوبة لتمويله . ومع أن (٧٠) إلى (٧٥٪) من مستفيدي برنامج مديكير هم من الأسر مع أطفال تابعين ، إلا أن نسبة مماثلة من إنفاق مديكير تصرف للنفق الرعاية لفئة مختلفة من المتأهلين لمديكير ، وهم المسنون والمكفوفون والمعوقون في نور المسنين . وينتج عن هذا التناقض الظاهري (Paradox) في برنامج مديكير للفقراء أن يقل نسبة أكبر من الفقراء الأمريكيين (٦٠٪) ، مما يغطي (٤٠٪) .

حدثت تقلصات مماثلة في التغطية المتاحة للموظفين ومن يعملون ، من خلال أعمالهم . ومن العناصر الرئيسية في أزمة غير المؤمنين هو ارتفاع تكلفة الرعاية الطبية التي لا يقرر على تحملها العديد من أرباب العمل وبخاصة الصغار منهم . ومن الإجراءات التي اتخذها أرباب العمل للتكيف مع أعباء التأمين المتزايدة - الحد من

تغطية الأشخاص الذين يعولهم الموظف المؤمن عليه من خلالهم واستخدام تأمين الخبرة (Experience Rating) ، ورفض تأمين من يعتبرون غير قابلين للتأمين (Uninsurable) وإلغاء بوليصات التأمين بدون إعطاء أى مهلة زمنية ورفع الأقساط . وأدت هذه الإجراءات بدورها إلى تقليل متاحة التغطية للموظفين ومن يعولون (Friedman 1991) .

### ال حلول الجديدة :

ركز حوار السياسة الصحية المتعلق «بالوصول إلى الرعاية» بطبيعة الحال ، على تطوير بدائل الأساليب الأكثر شمولية للتغطية الصحية . يشكل افتراضان الأساس لهذا المنظور ، هما : أن الحصول على الرعاية الطبية يساعد على تحسين الصحة ، وأنه لايجب حرمان أى شخص من الرعاية الطبية بسبب عدم القدرة على الدفع للطبيب أو المستشفى . إلا أن هذين الافتراضين يتحاشيان تساؤلات : ما إذا كانت قيم أو أهداف أخرى عدا الإنصاف (كيفما تم تعريفه) فى صميم مشكلة الوصول إلى الرعاية وهل القصد من التوسع فى التغطية ، ضمان وصول أفضل المرضى إلى الخدمات التى يحتاجونها ، أم لضمان أن يدفع أحد ما فواتير الرعاية المكلفة ، وأحياناً ذات فعالية هامشية ، ومرتفعة التقنية ومكثفة ؟ وتخدم مصلحة من مثل هذه التغطية مقدم الرعاية أم المرضى ؟ هل يعنى الوصول إلى الرعاية ، بالضرورة ، الحصول على الصحة الجيدة ؟ أم أنه حقاً أكثر عدلاً أن تُتفق موارد المجتمع فى سبل أخرى لضمان تلك النتائج ؟

ساهمت مجموعة متنوعة من العوامل نحو المستويات المتزايدة من الإنفاق على الرعاية الطبية منها على سبيل المثال لا الحصر ، أن أحد الطول الوسط ، بالفة التكلفة ، التى عقد الاتفاق عليها مع تنظيم المجتمع الطبى لضمان إقرار قانون مديكير وميديكيد فى منتصف الستينيات ، هو عدم التدخل فى أسلوب الخدمة مقابل الرسوم (Fee for Service) . ولتعويض الأطباء فتحت سياسة الدفع للأطباء رسومهم «المعاداة والمالوفة» مجالاً واسعاً للإنفاق على رعاية طبية مرتفعة التقنية ومكثفة وموجهة للأمراض الحادة ، والتى بدأت جهود السياسات الصحية الفدرالية مؤخراً بمحاولة وضع حد له . وقد لا يكون تصميم آليات جديدة للدفع جوهرياً ، نفس الأسلوب

الأمريكي باهظ التكاليف من ممارسة الرعاية الطبية ، الاستخدام الأكثر فعالية لا الأكثر كفاءة ولا الأكثر إنصافاً لموارد المجتمع المحدودة . وتمثل مقترحات مدفوعات الأطباء وإدارة النتائج التي تمت مناقشتها في فصول سابقة ، محاولات لمجابهة هذا البعد الهام الناتج لمشكلة الوصول إلى الرعاية ، المتضمن في مقترحات لإصاح نظام مدفوعات الرعاية الطبية .

يقترح الدليل المقدم سابقاً ، المتعلق بالوصول إلى الرعاية ، أن تقليل المعوقات المالية أو إزالتها ، لن يؤدي بالضرورة إلى حل مشكلة الوصول إلى الرعاية . فلا زال نظام الخدمات للسكان الفقراء والأقليات وسكان الأحياء الفقيرة في المدن وسكان المناطق الريفية ، إضافة إلى مجموعة من فئات السكان المعرضين للخطر (مثل : الأمهات والأطفال الرضع والأشخاص المصابين بمرض نقص المناعة المكتسب (AIDS) ومدمني المخدرات ، وضحايا المعاملة العائلية السيئة (Family Abuse) وغيرها) متجزئ وغير ملائم وغير كاف . ولهذه المجموعات على الأقل ، فإن هدف تحقيق الوصول المالي يطرح تساؤلاً ، إلى ماذا يتوخون الوصول ؟ .

### تطوير مقترحات التأمين الصحي الشامل :

انبتق خلال السنوات القليلة الماضية كم هائل من المقترحات لأساليب أكثر شمولية لتمويل الرعاية الطبية ، تراعاها مجموعة من الأنصار (اتحادات الأطباء وتحالفات أرباب العمل والتنظيمات العمالية وغيرها) تسعى جميعها إلى تعزيز التغطية ، شبه الشاملة للخدمات . ولكنها تختلف أساساً في وسائل تحقيق ذلك (Blendon and Ed- wards 1991) . وبالإمكان تصنيف هذه المقترحات إلى ثلاث مجموعات أساسية :

- ١- مقترحات متوجهة إلى الإصلاح ، مبنية على السوق الخاص ، لخلق مجموعة من البدائل ذات كفاءة تكلفة مرتفعة ، ليتمكن الناس من شراء التغطية التأمينية .
- ٢- مقترحات مبنية على أساس أرباب العمل (إما المشاركة أو الدفع) وتستمر على مبدأ النظام الحالي حيث يوفر أرباب العمل التأمين الصحي للموظفين ، أو يدفعون الضرائب لتمويل نظام حكومي بديل .



٢- برامج متجهة إلى الإصلاح تدعمها الحكومة ، ذات مصدر واحد للتمويل على غرار النظام الكندي . كما تجرب الولايات خيارات لتقديم تغطية أكثر شمولية (General Accounting Office 1996) ، فقد دعمت إدارة الرئيس كلنتون (The Clinton Administration) نماذج من التنافس المدار (Managed Competition) مع سقوف على الإنفاق ، تدمج هذه النماذج عناصر من كل تلك المقترحات .

كان آخر سؤال طرح في هذا الفصل ، هو ، هل سيساعد التأمين الصحي الشامل على تحقيق هدف توفير الحرية وتساوي الفرص للحصول على الرعاية الطبية الفعالة والكافية ؟ والإجابة المقدمة هنا هي «يعتمد ما إذا كان التأمين الصحي الشامل يعزز تحقيق ذلك الهدف ، على البرنامج المقترح» .

### معايير الإنصاف لتقييم مقترحات التأمين الصحي الشامل :

نستعرض هنا ، وفي الفصل التاسع ، ثلاثة برامج تمثل النماذج الأساسية للإصلاح وتشمل برنامج خيار المستهلكين الصحي (Consumer Choice Health Plan) ، وبرنامج الصحة الوطني (National Health Program) التي اقترحتها الأطباء لبرنامج وطني للصحة ومقترح هيئة بيبر (Pepper Commission Proposal) . يحوى مقترح إنثوفن وكرونك (Enthoven and Kronick) المنافسة المدارة (managed Competition) برنامج خيار المستهلكين الصحي عناصر من إستراتيجية المشاركة أو الدفع (Play or Pay) إلا أن تركيزه الأساسي هو على تطوير أسواق للرعاية الطبية ، مؤيدة للتنافس ، داخل الولايات (Enthoven and Kronick 1989a, 1989b, 1991) . أما برنامج الصحة الوطني فهو بديل يضلل التنافس مصاغ إلى درجة كبيرة على غرار النظام الكندي (Grumbach 1989; Himmelstein 1991: et al) . أما مقترح هيئة بيبر فهو برنامج مختلط يعتمد مباشرة على مواصفات النظام الحالي من التغطية الخاصة ، المبنية على أرباب العمل ولكنه يقترح أيضاً تغييرات لجباية عدد من مصاد إلا إنصاف القائمة (Pepper Com- mission 1990; Rockefeller 1991) . لا يحتمل أن يطبق أى من هذه المقترحات بكامله ، إلا أنها تتبع الفرصة لتحليل مكونات النماذج المتنافسة ومساهماتها المحتملة نحو هدف الإنصاف .

يلخص الملحق (٢-٧) المعايير التي تكون أساس تقييم الدرجة التي يحتمل بها أن تعزز مواصفات البرامج المختارة ، الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية . ويراجع الفصل التاسع وينقد أمثلة من كل من أنواع البرامج الثلاثة الرئيسية من حيث مساهمتها المحتملة نحو أهداف الإنصاف إضافة إلى أهداف الفعالية والكفاءة .

كان السؤال الرئيسي الذي بدأ به هذا الفصل هو مامدى تحقيق نظام الرعاية الطبية الأمريكى لهدفه بالإنصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية والإجابة المقدمة هنا هي «لم يحققه جيداً» ويتطلب نجاح بعض باحثى الخدمات الصحية المعنيين بإبراك ماإذا كان التأمين الصحى الشامل سيساعد على تعزيز الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية ، المشاركة الكاملة أيضاً للباحثين المتبنين جهود توضيح وتقييم أهداف الفاعلية والكفاءة .

## المراجع :

- Aday, L. 1987. "The Ethical Implications of Prospective Payment and Corporate Medical Practice: A Research Agenda." *Social Justice Research* 1: 275-96.
- \_\_\_\_\_. 1992. "Indicators and Predictors of Health Services Utilization". In *Introduction to Health Services*, edited by Stephen J. Williams and Paul R. Torrens. New York: John Wiley & Sons.
- Aday, L., R. Andersen, and G. Fleming. 1980. *Health Care in the U. S.: Equitable for Whom?* Beverly Hills: Sage Publications.
- Aday, L., and R. Eichhorn. 1972. *The Utilization of Health Services: Indexes and Correlates- A Research Bibliography*. DHEW Pub. No. (HSM) 73-3003. Washington, DC: Government Printing Office.
- Aiken, L., and C. Mulinix. 1987. "Special Report: The Nurse Shortage-Myth or Reality?" *New England Journal of Medicine* 317: 641-46.
- Andersen, R., L. Aday, C. Lytle, L. Cornelius, and M. Chen. 1987. *Ambulatory Care and Insurance Coverage in an Era of Constraint*. Chicago: Pluribus Press, Inc.
- Andersen, R., A. Giachello, and L. Aday. 1986. "Access of Hispanics to Health Care and Cuts in Services: A State of the Art Overview." *Public Health Reports* 101: 238-52.
- Anderson, G., R. Brook, and A. Williams. 1991. "A Comparison of Cost-Sharing versus Free Care in Children: Effects on the Demand for Office-based Medical Care." *Medical Care* 29: 890-98.
- Blendon, R., and J. Edwards. 1991. "Caring for the Uninsured: Choices for Reform." *Journal of the American Medical Association* 265: 2563-65.
- Blendon, R., and H. Taylor. 1989. "Views on Health Care: Public Opinion in Three Nations." *Health Affairs* 8 (March): 149-57.
- Braveman, P., G. Oliva, M. Miller, R. Reiter, and S. Egerter. 1989. "Adverse Outcomes and Lack of Health Insurance among Newborns in an Eight-County Area of California, 1982 to 1986." *New England Journal of Medicine* 321: 508-13.
- Bureau of Health Professions. 1990. *Seventh Report to the Congress on Status of Health Personnel in the United States*. Rockville, MD: Health Resources and Services Administration.
- Chiu, G., L. Aday, and R. Andersen. 1981. "An Examination of the Association of 'Shortage' and 'Medical Access' Indicators." *Health Policy Quarterly* 1: 142-58.
- Cornelius, L., K. Beauregard, and J. Cohen. 1991. *Usual Sources of Medical Care and Their Characteristics*. AHCPR Pub. No. 91-0042, National Medical Expenditure Survey Research Findings 11. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
- Davis, K., and D. Rowland. 1983. "Uninsured and Underserved: Inequities in Health Care in the United States." *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 61: 149-76.

- Edwards, W., and D. Gibson. 1990. "Geographic Variations in Medicare Utilization of Short-stay Hospital Services, 1981-88." *Health Care Financing Review* 11 (March): 107-11.
- Enthoven, A., and R. Kronick. 1989a. "A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy." *New England Journal of Medicine* 320: 29-37.
- \_\_\_\_\_. 1989b. "A consumer-Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy." *New England Journal of Medicine* 320: 94-101.
- \_\_\_\_\_. 1991. "Universal Health Insurance through Incentives Reform." *Journal of the American Medical Association* 265: 2532-36.
- Ermann, D. 1990. "Rural Health Care: the Future of the Hospital." *Medical Care Review* 47: 33-73.
- Farley, P. 1985. "Who Are the Underinsured?" *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 63: 476-503.
- Feldman, R., J. Kralewski, and B. Dowd. 1989. "Health Maintenance Organizations: The Beginning or the End?" *Health Services Research* 24: 191-211.
- Fossett, J., J. Perloff, J. Peterson, and P. Kletke. 1990. "Medicaid in the Inner City: The Case of Maternity Care in Chicago." *Milbank Quarterly* 68: 111-41.
- Freeman, H., L. Aiken, R. Blendon, and C. Corey. 1990. "Uninsured Working-Age Adults: Characteristics and Consequences." *Health Services Research* 24: 811-23.
- Freeman, H., R. Blendon, L. Aiken, S. Sudman, C. Mullinix, and C. Corey. 1987. "Americans Report on Their Access to Health Care." *Health Affairs* 6 (March): 6-18.
- Frenzen, P. 1991. "The Increasing Supply of Physicians in U. S. Urban and Rural Areas, 1975 to 1988." *American Journal of Public Health* 81: 1141-47.
- Freund, D., L. Rossiter, P. Fox, J. Meyer, R. Hurley, T. Carey, and J. Paul. 1989. "Evaluation of the Medicaid Competition Demonstrations." *Health Care Financing Review* 11 (December): 81-97.
- Friedman, E. 1991. "The Uninsured: From Dilemma to Crisis." *Journal of the American Medical Association* 265: 2491-95.
- General Accounting Office. 1990. *National Health Services Corps Program Unable to Meet Need for Physicians in Underserved Areas.* GAO/HRD-90-128. Washington, DC: U. S. General Accounting Office.
- \_\_\_\_\_. 1991. *Rural Hospitals: Federal Efforts Should Target Areas Where Closures Would Threaten Access to Care.* GAO/HRD-91-41. Washington, DC: U. S. General Accounting Office.
- \_\_\_\_\_. 1992. *Access to Health Care: States Respond to Growing Crisis.* GAO/HRD-92-70. Washington, DC: U. S. General Accounting Office.
- Ginzberg, E. 1991. "Access to Health Care for Hispanics." *Journal of the American Medical Association* 265: 238-41.
- Gornick, M., and M. Hall. 1988. "Trends in Medicare Use of Post-hospital Care." *Health Care Financing Review, Annual Supplement*: 27-38.

- Gray, B. H. 1986. For-Profit Enterprise in Health Care. Washington, DC: National Academy Press.
- Grumbach, K., T. Bodenheimer, D. Himmelstein, and S. Woolhandler. 1991 "Liberal Benefits, Conservative Spending: The Physicians for a National Health Program Proposal." *Journal of the American Medical Association* 265: 2549-54.
- Hadley, J., E. Steinberg, and J. Feder. 1991. "Comparison of Uninsured and Privately Insured Hospital Patients." *Journal of the American Medical Association* 265: 374-79.
- Health Care Financing Review. 1989. "The Impact of the Medicare Hospital Prospective Payment System: 1986 Annual Report." *Health Care Financing Review* 10 (March): 160-161.
- Health Services Research. 1989. "Special Issue: A Rural Health Services Research Agenda." *Health Services Research* 23: 725-1083.
- Himmelstein, D., S. Woolhandler, and the Writing Committee of the Working Group on Program Design. 1989. "A National Health Program for the United States: A Physicians' Proposal." *New England Journal of Medicine* 320: 102-8.
- Holahan, J., and S. Zedlewski. 1991. "Expanding Medicaid to Cover Uninsured Americans." *Health Affairs* 10 (March): 45-61.
- Hosek, S., M. S. Marquis, K. Wells, D. Garnick, and H. Luft. 1990. *The Study of Preferred Provider Organizations: Executive Summary*. R-3798-HHS/NIMH. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Iglehart, J. 1987. "Health Policy Report: Problems Facing the Nursing Profession." *New England Journal of Medicine* 317: 646-51.
- Institute of Medicine. 1988. *Prenatal Care: Reaching Mothers, Reaching Infants*. Washington, DC: National Academy Press.
- \_\_\_\_\_. 1989a. *Medical Professional Liability and the Delivery of Obstetrical Care, Volume I*. Washington, DC: National Academy Press.
- \_\_\_\_\_. 1989a. *Medical Professional Liability and the Delivery of Obstetrical Care, Volume II*. Washington, DC: National Academy Press.
- Johns, L., and G. Adler. 1989. "Evaluation of Recent Changes in Medicaid." *Health Affairs* 8 (March): 171-81.
- Kasper, J. 1986. "Health Status and Utilization: Differences by Medicaid Coverage and Income." *Health Care Financing Review* 7 (June): 1-17.
- Kenney, G., and J. Holahan. 1991. "Nursing Home Transfers and Mean Length of Stay in the Prospective Payment Era." *Medical Care* 29: 589-609.
- Kindig, D., and H. Movassaghi. 1989. "The Adequacy of Physician Supply in Small Rural Counties." *Health Affairs* 8 (June): 63-76.
- Kleinman, J., and R. Wilson. 1977. "Are the Medically Underserved Areas Medically Underserved?" *Health Services Research* 12: 147-62.
- Koscoff, J., K. Kahn, W. Rogers, E. Reinisch, M. Sherwood, L. Rubenstein, D. Draper, C. Roth, C. Chew, and R. Brook. 1990. "Prospective Payment System and

- Impairment at Discharge: The Quicker and Sicker' Story Revisited." *Journal of the American Medical Association* 264: 1980-83.
- Kuder, J., and G. Levitz. 1985. "Visits to the Physician: An Evaluation of the Usual Source Effect." *Health Services Research* 20: 579-96.
  - Langwell, K., and J. Hadley. 1989. "Evaluation of the Medicare Competition Demonstrations." *Health Care Financing Review* 11 (December): 65-80.
  - Levit, K. R., and C. A. Cowan. 1991. "Business, Households, and Governments: Health Care Costs, 1990." *Health Care Financing Review* 13 (December): 83-93.
  - Lohr, K., R. Brook, C. Kamberg, G. Goldberg, A. Leibowitz, J. Kessey, D. Re-boussin, and J. Newhouse. 1986. "Use of Medical Care in the RAND Health Insurance Experiment: Diagnosis and Service-Specific Analyses in a Randomized Controlled Trial." *Medical Care* 24 (supp.): S1-S7.
  - Manton, K., C. Patrick, and K. Johnson. 1987. "Health Differentials Between Blacks and whites: Recent Trends in Mortality and Morbidity." *Milbank Quarterly* 65 (supp. 1): 129-99.
  - Maurana, C., R. Eichhorn, and L. Lounquist. 1981. *The Use of Health Services: Indices and Correlates-A Research Bibliography*. Rockville, MD: National Center for Health Services Research.
  - Mitchell, J. 1991. "Physician Participation in Medicaid Revisited." *Medical Care* 29: 445-53.
  - Morrison, E., and H. Luft. 1990. "Health Maintenance Organization Environments in the 1980s and Beyond." *Health Care Financing Review* 12 (September): 81-90.
  - Mullner, R., R. Rydman, D. Whiteis, and R. Rich. 1989. "Rural Community Hospitals and Factors Correlated with Their Risk of Closing." *Public Health Reports* 104: 315-25.
  - National Center for Health Statistics. 1984. *Health Indicators for Hispanic, Black, and White Americans*. DHHS Pub. No. PHS 84-1576. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
  - \_\_\_\_\_. 1988. *Health Promotion and Disease Prevention, United States, 1985*. DHHS Pub. No. PHS 88-1591. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
  - \_\_\_\_\_. 1990a. *Health, United States, 1989*. DHHS Pub. No. PHS 90-11232. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
  - \_\_\_\_\_. 1990b. *Health of Black and White Americans, 1985-87*. DHHS Pub. No. PHS 90-1599. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
  - \_\_\_\_\_. 1990c. *Breast Cancer Risk Factors and Screening: United States, 1987*. DHHS Pub. No. PHS 90-1500. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
  - \_\_\_\_\_. 1991a. *Educational Differences in Health Status and Health Care*. DHHS Pub. No. PHS 91-1507. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
  - \_\_\_\_\_. 1991b. *Health United States, 1990*. DHHS Pub. No. PHS 91-1232. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
  - \_\_\_\_\_. 1992. *Health United States, 1991*. DHHS Pub. No. PHS 91-1232. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

- National Commission to Prevent Infant Mortality. 1988. *Malpractice and Liability: An Obstetrical Crisis*. Washington, DC: National Commission to Prevent Infant Mortality.
- Oberg, C., and C. Polich. 1988. "Medicaid: Entering the Third Decad." *Health Affairs* 7 (September): 83-96.
- Office Of Technology Assessment. 1990. *Health Care in Rural America*. OTA-H-435. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Pepper Commission: U. S. Bipartisan Commission on Comprehensive Health Care. 1990. *A Call for Action: Final Report*. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Perloff, J., and N. Morris. 1989. "Validating Reporting of Usual Sources of Health Care." In *Health Survey Research Methods*, edited by Floyd J. Fowler, Jr. DHHS Publication No. PHS 89-3447. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Relman, A. 1980. "The New Medical-Industrial Complex." *New England Journal of Medicine* 303: 963-70.
- Ries, P. 1991. *Characteristics of Persons With and Without Health Care Coverage: United States, 1989*. DHHS Pub. No. PHS 91-1250. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Robert Wood Johnson Foundation. 1987. *Access to Health Care in the United States: Results of a 1986 Survey. Special Report Number Two*. Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation.
- Rockefeller, J. 1991. "A Call for Action: The Pepper Commission's Blueprint for Health Care Reform." *Journal of the American Medical Association* 265: 2507-10.
- Rosenbach, M. 1989. "the Impact of Medicaid on Physician Use by Low-income Children." *American Journal of Public Health* 79: 1220-26.
- Russell, and C. Manning. 1989. "The Effect of Prospective Payment on Medicare Expenditures." *New England Journal of Medicine* 320: 439-44.
- Schloss, E. 1988. "Sounding Board: Beyond GMENAC-Anothe Physician Shortage from 2010 to 2030?" *New England Journal of Medicine* 318: 920-22.
- Schwartz, W., F. Sloan, and D. Mendelson. 1988. "Why There Will Be Little or No Physician Surplus between Now and the Year 2000." *New England Journal of Medicine* 318: 892-97.
- Short, P. 1990. *estimates of the Uninsured Population, Calendar Year 1987*. DHHS Publication No. PHS 90-3469. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
- Short, P., A. Monheit, and K. Beauregard. 1989. *A Profile of Uninsured Americans*. DHHS Publication No. PHS 89-3443. Rockville, MD: National Center for Health Services Research and Health Care Technology Assessment.
- Sloan, F., J. Blumstein, and J. Perrin. 1986. *Uncompensated Hospital Care: Rights and Responsibilities*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Sloan, F., M. Morrissey, and J. Valvona. 1988. Effects of the Medicare Prospective Payment System on Hospital Cost containment: An Early Appraisal." *Milbank Quarterly* 66: 191-220.
- Tavani, C. 1991. "Report on a Seminar on Financing and Service Delivery: Issues in Caring for the Medically Underserved." *Public Health Reports* 106: 196-26.
- Trevino, F., M. E. Moyer, R. B. Valdez, and C. Stroup-Benham. 1991. "Health Insurance Coverage and Utilization of Health Services by Mexican Americans, Mainland Puerto Ricans, and Cuban Americans." *Journal of the American Medical Association* 265: 233-37.
- United States Congress, Senate Special Committee on Aging. 1988. *The Rural Health Care Challenge*. Serial No. 100-N. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Wagner, E., and T. Bledsoe. 1990. "The RAND Health Insurance Experiment and HMOs." *Medical Care* 28: 191-200
- Ware, J., R. Brook, W. Rogers, E. Keeler, A. Ross-Davies, C. Sherbourne, G. Goldberg, P. Camp, and J. Newhouse. 1986. "Comparison of Health outcomes at a Health Maintenance Organization with Those of Fee-for Service Care." *Lancet* 1: 1017-22.
- Warner, D. 1991. "Health Issues at the U. S. -Mexican Border." *Journal of the American Medical Association* 265: 242-47.
- Wenneker, M., J. Weissman, and A. Epstein. 1990. "The Association of Payer with Utilization of cardiac Procedures in Massachusetts." *Journal of the American Medical Association* 264: 1255-60.
- Wilensky, G., and M. Berk. 1982. "Health Care, the Poor, and the Role of Medicaid" *Health affairs* 1 (September): 93-100.

#### Equity of Access: Evidence and an Application

Appendix 7.1 : Highlights of Selected Indicators of Equity of Access to Medical Care .

#### Potential Access

Characteristics of the Delivery System :

Availability : Distribution of providers (Michell 1991; NCHS 1999c, 1992).

Active nonfederal physicians per 10,000 civilian population (1989) :

U. S. = 21.9; DC = 58.0; Texas = 17.8; Alaska = 14.2 .

Registered nurses per 100,000 resident population (1989) :

U. S. = 57.8; Northeast = 69.3; Midwest = 60.7; South = 46.8; West = 61.0 .

Rate of physicians refusing to see Medicaid patients : 1977-78    1984-85

___ Total physicians	22.7%	16.5%
___ Obstetrician-gynecologists	35.6	27.1

Organization : Types of facilities (NCHS 1992) :



Community hospital beds per 1,000 resident population (U. S.) :

1940 = 3.2; 1950 = 3.3; 1960 = 3.6; 1970 = 4.3; 1980 = 4.5; 1989 = 3.8 .

Health maintenance organizations (all plans, U. S.) :

1976 = 147; 1980 = 235; 1985 = 478; 1986 = 623; 1987 = 647; 1989 = 604;

1990 = 572; 1991 = 553 .

Nursing home beds per 1,000 resident population 85 years of age and over (U. S.) :

1976 = 681.4; 1982 = 603.; 1986 = 582.2 .

Inpatient and residential treatment beds in mental health organizations per 100,000 civilian population (U. S.) :

1970 = 263.6; 1976 = 160.3; 1980 = 124.3; 1988 = 111.5 .

Financing : Sources of payment (Levit and Cowann 1991) .

Percentage distribution of selected expenditures for health services and supplies (U. S.) :

	1965	1975	1980	1985	1990
Public					
Federal government	9%	17%	18%	17%	18%
State & Local government	12	14	14	15	15
Private					
Private business	17	23	27	28	29
Household (individual)	61	44	38	37	35

Continued



## الملحق (٧-١) النقاط الرئيسية لإشادات مفتوحة

### للإنصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية :

#### الوصول المحتمل :

مواصفات نظام تقديم الرعاية :

المتاحية : توزيع مقدمي الرعاية (Mitchell 1991; NCHS 1990c, 1992) :

- الأطباء غير الفدرايين النشيطين لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان المدنيين (١٩٨٩م) .
- الولايات المتحدة = ٢١,٩ ، مقاطعة كولومبيا = ٥٨,٠ ، تكساس = ١٧,٨ ، ألاسكا = ١٤,٢ .
- المرضات المسجلات (RN) لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان المقيمين (١٩٨٩م) .
- الولايات المتحدة = ٦٧١,٠ ، الشمال الشرقي = ٨٤٢,٧ ، الوسط الغربي = ٧٢٩,٥ ، الجنوب = ٥٦٢,٢ ، الغرب = ٦١٢,٨ .
- أطباء الأسنان لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان المقيمين (١٩٨٧م) .
- الولايات المتحدة = ٥٧,٨ ، الشمال الشرقي = ٦٩,٣ ، الوسط الغربي = ٦٠,٧ ، الجنوب = ٤٦,٨ ، الغرب = ٦١,٠ .

نسبة الأطباء الذين يرفضون علاج مرضى ميكير ١٩٧٧-١٩٧٨م ١٩٨٤-١٩٨٥م

عدد الأطباء الكلي ٢٢,٧٪ ١٦,٥٪

أطباء أمراض النساء والولادة ٣٥,٦٪ ٢٧,١٪

#### التنظيم : أنواع المرافق (NCHS 1992) :

- أسرة مستشفيات المجتمع لكل ١٠٠٠ من السكان المقيمين (الولايات المتحدة) .
- ١٩٤٠م = ٣,٢ ، ١٩٥٠م = ٣,٣ ، ١٩٦٠م = ٣,٦ ، ١٩٧٠م = ٤,٣ ، ١٩٨٠م = ٤,٥ ، ١٩٨٩م = ٣,٨

### تابع الملحق (٧-١) :

منظمات الحفاظ على الصحة (جميع البرامج في الولايات المتحدة) .

١٩٧٦م = ١٧٤ ، ١٩٨٠م = ٢٣٥ ، ١٩٨٥م = ٤٧٨ ، ١٩٨٦م = ٦٢٣ ، ١٩٨٧م = ٦٤٧ ،  
١٩٨٩م = ٦٠٤ ، ١٩٩٠م = ٥٧٢ ، ١٩٩١م = ٥٥٣

أسرة نور المسنين لكل ١٠٠٠ من السكان المقيمين بسن ٨٥ أو أكبر (الولايات المتحدة) .

١٩٧٦م = ٦٨١,٤ ، ١٩٨٢م = ٦٠٣,٠ ، ١٩٨٦م = ٥٨٢,٢ .

عدد أسرة العلاج والإقامة في منظمات الصحة العقلية لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان  
المدينين (الولايات المتحدة) .

١٩٧٠م = ٢٦٣,٦ ، ١٩٧٦م = ١٦٠,٣ ، ١٩٨٠م = ١٢٤,٣ ، ١٩٨٨م = ١١١,٥ .

التمويل : مصادر المنفوعات (Levit and Cowan 1991) :

نسب توزيع إنفاق مختار للخدمات والإمدادات الصحية (الولايات المتحدة) .

الإنفاق العام	١٩٦٥م	١٩٧٥م	١٩٨٠م	١٩٨٥م	١٩٩٠م
الحكومة الفدرالية	٩٪	١٧٪	١٨٪	١٧٪	١٨٪
الحكومات المحلية والولاية	١٢	١٤	١٤	١٥	١٥
الإنفاق الخاص					
الأعمال الخاصة	١٧	٢٣	٢٧	٢٨	٢٩
الأسرة (الأفراد)	٦١	٤٤	٢٨	٢٧	٣٥

## تابع الملحق (٧-١) :

مواصفات السكان :

الممكنة : مصدر معتاد الرعاية (Cornelius, Beauregard, and Cohen 1991) :

نسبة توزيع مصدر الرعاية المعتاد بالعرق والدخل (١٩٨٧م) .

الدخل		العرق			
منخفض	مرتفع	أسباني	أسود	أبيض	
٪٢٤,٠	٪١٦,٥	٪٢٧,٩	٪٢٢,٩	٪١٧,٠	بدون مصدر معتاد
٪٧٣,٦	٪٨٩,٥	٪٧٣,٧	٪٦٩,٦	٪٨٩,٥	الذين لديهم مصدر في عيادة الطبيب
١١,١	٤,٤	٩,٩	١٥,٨	٤,٤	العيادات الخارجية أو الطوارئ بالمستشفى
١٥,٣	٦,٢	١٦,٤	١٤,٥	٦,١	عيادات أخرى

الممكنة : التغطية التأمينية (Friedman, 1991; Ries 1991) :

عدد غير المؤمنین (تقدير) . ٢١-٢٧ مليوناً ، عدد المؤمنین تأميناً غير كاف (تقدير) : ٤٨ مليوناً .

نسبة غير المؤمنین بالعرق والدخل (تحت عمر ٦٥ و ١٩٨٩م) .

الدخل		العرق			
منخفض	مرتفع	أسباني	أسود	أبيض	
٪٢٢,٥	٪١٠,٣	٪١٩,٧	٪٢٠,٢	٪١٢,٨	نسبة غير المؤمنین

نسبة الفقراء الذين لديهم تغطية مديكيد (١٩٨٩) : ٤٠ ٪ .

## تابع الملحق (٧-١) :

### الوصول الفطري

#### الاستخدام :

نوع الاستخدام : استخدام خدمات مختارة (NCHS 1992) :  
نسبة الذين اتصلوا بمقدم الخدمة أو أتموا إجراءً صحياً بالعرق أو الأصل .

#### العرق أو الأصل

أبيض	أسود	أسياني	سكان أمريكا الأصليين
٧٨,٩٪	٦٠,٠٪	٥٩,٥٪	٥٧,٩٪

في الثلاثة أشهر الأولى  
(١٩٨٩م) التطعيمات للأطفال  
بعمر ١-٤ (١٩٨٥م)

٦٣,٦٪	٤٨,٨٪	-	-	-	الحصبة
٦١,٦٪	٤٧,٧٪	-	-	-	الحصبة الألمانية
٦٨,٧٪	٤٨,٧٪	-	-	-	الثلاثي
٥٨,٩٪	٤٠,١٪	-	-	-	الشلل
٦١,٨٪	٤٧,٠٪	-	-	-	النكاف
٦٠,٠٪	٤٤,٠٪	-	-	-	راجعوا طب الأسنان العام السابق (١٩٨٩م) .

## تابع الملحق (٧-١) :

الغاية من الاستخدام : استخدام الخدمات المتعلقة بالاحتياج (NCHS 1992) .

مراجعات الأطباء المتعلقة بالاحتياج حسب العرق والدخل (١٩٩٠م) :

الاحتياج	العرق		الدخل	
	أبيض	أسود	أكثر ١٤,٠٠٠ دولار أو أقل	أقل ٥٠,٠٠٠ أو أكثر
نسبة الذين في صحة متوسطة أو سيئة .	٨,١ %	١٥,١ %	٤,٠ %	١٨,٦ %
نسبة الذين لديهم محدودية في النشاط المعتاد بسبب الأمراض المزمنة .	١٢,٨ %	١٥,٥ %	٨,٤ %	٢٢,٩ %
الاستخدام				
نسبة الذين راجعوا طبيب العام السابق .	٧٨,٧ %	٧٧,٥ %	٨١,٧ %	٧٧,٣ %
متوسط زيارات الطب العام السابق .	٥,٦ %	٥,١ %	٥,٦ %	٦,٣ %

الرضا :

العام : الرأي العام (Blandon and Taylor 1989) .

نظرة الجمهور العامة لتنظيم الرعاية الصحية (١٩٨٨م) .

## تابع الملحق (٧-١) :

المملكة المتحدة	كندا	الولايات المتحدة	
٪٢٧	٪٥٦	٪١٠	- يعمل النظام الصحي جيداً بصفة عامة ولا يحتاج إلا لتعديلات طفيفة لتحسينه .
٪٥٢	٪٣٨	٪٦٠	- يوجد نواح جيدة في النظام الصحي إلا أنه يحتاج لتعديلات جوهرية .
٪١٧	٪٥	٪٢٩	- يوجد سلبيات كثيرة في النظام الصحي لدرجة أنه يحتاج إلى إعادة بنائه .
٪٤	٪١	٪١	- غير متأكد .

رأى محدد بمراجعة معينة : آراء المرضى (Blendon and Taylor 1989) .

## رضا المرضى عن الرعاية الطبية

٪٦٧	٪٧١	٪٥٧	التنويم : راض جداً
٪٦٣	٪٧٣	٪٥٤	مراجع الطبيب : راض جداً



## الملحق (٧-٢) معايير تخويم مقترحات التأمين الصحي الشامل من حيث هدف الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية .

### مقترحات مختارة للتأمين الصحي الشامل

معايير الإنصاف لمقترحات التأمين الصحي الشامل	مقترح تدعّمه الحكومة ، (ممول منفرد) (NHP)	مقترح مبنى على أرباب العمل (PCP)	مبنى على السوق (CCHP)
حرية الخيار تضليل القبول على خيار المستهلك لقدم الرعاية	الإبقاء على خيارات الرعاية الحالية	تشجيع الرعاية المدارة مثل خيارات ( PPO HMO وغيرها)	يتطلب خيارات الرعاية المدارة ( HMO , PPO وغیرها)
العاملة المتماثلة . البرنامج توفير التغطية الشاملة .	تغطية الجميع تحت برنامج الصحة الوطني ( NHP ) . تكوين إدارة عامة لبرنامج الصحة الوطني في كل ولاية . تقليص المولين الخاصين والتأمين الحاليين تدريجياً .	الخاص : من تغطية أرباب العمل لجميع الموظفين . العام : تكوين برنامج شبيه بميكيد للأخرين الحد من دور ميكيد .	الخاص : من تغطية أرباب العمل للموظفين بكامل ساعات الدوام . العام : تكوين الدعم العام للأخرين في جميع الولايات لا تغيير ميدنياً . ميكيد/ ميكيد
استخدام تأمين المجتمع المرضى .	إلغاء التأمين الخاص . فلوض الاعتمادات والرسوم .	إصلاح سوق التأمين يتطلب تأمين المجتمع .	تعويض البرامج مرتفعة الخطورة ، الاحتفاظ بتأمين الخبرة .
استخدام أساليب تقدمية لتحديد مساهمة المستهلك .	الذي القصير : يدفع المولين الحاليون إلى برنامج الصحة الوطني .	الخاص : يدفع الموظفون حداً أقصى يبلغ ٪٢٠ من رسوم التأمين .	الخاص : يدفع أرباب العمل ( ٪٨٠ ) من التكلفة ( ٪٨٠ ) من ضرائب على نو ( ٢٢.٥٠ ) دولار الأولى من رواتب الموظفين غير المؤمنین .

تابع الملحق (٧-٢)

معايير الإنصاف لمقترحات التأمين الصحي الشامل	مقترح تدعّمه الحكومة ، (ممول منفرد) (NHP)	مقترح مبنى على أرباب العمل (PCP)	مبنى على السوق (CCHP)
الحد من تكلفة المستهلك المباشرة .	المدى الطويل : تطبيق ضرائب مقدرة على الدخل أو الرواتب أو غيرها .	العام : يدفع المشتركين ٢٠٪ .	العام : يدفع الداعم العام (٨٠٪) من التكلفة .
مقدم الخدمة :	لا يشارك المستهلك في التكلفة .	على مستوى الفاقدة لا يدفع شيء على ضعف مستوى الفاقدة مقياس متدرج . الباقون التكلفة الكاملة .	على مستوى الفاقدة تغطية الرسوم على ١,٥ من مستوى الفاقدة مقياس متدرج . الآخرون (٨٪) خدمة .
استخدام صفة التعويض لجميع الممولين .	يحدد النسبة ممول واحد .	الخاص : لا قيود العام : قوانين مديكير الخاص : يشجع العام : يتطلب	تفاوتت النسب حسب البرامج المتنافسة .
الحد من تعويض مقدم الرعاية .	ميراثية عامة : توافر الرسم مع برنامج الصحة الوطني .	تفاوتت النسب من خلال البرامج المتنافسة .	تفاوتت النسب من خلال البرامج المتنافسة .
الحد الأدنى المعقول :	المنافع الضرورية :	المنافع الشاملة : تشمل التركيز على الخدمات الوقائية والخدمات طويلة المدى .	المنافع الأساسية : تشمل الواردة في قانون منظمات الحفاظ على الصحة مع بعض القيود .
التغطية للمنافع الجوهرية - الرعاية الأولية - الرعاية الحادة - الرعاية طويلة المدى	تشمل جميع الخدمات التي يقر أنها ضرورية طبيباً .	تشجيع على بحوث النتائج والفعالية . وتشجيع المستهلكين المتعلمين في المشتريات	تشجيع بحوث تبير النتائج يتطلب خيارات عقلانية فيما يتعلق بالجودة والتكلفة من قبل أرباب العمل والمستهلكين .
الحاجة وفعالية التكلفة : تحديد أولويات للمنافع على أساس النتائج - الوقاية الأولية - الوقاية الثانوية - وقاية المستوى الثالث إصلاح قوانين المسؤولية للأخطاء الطبية	تأسيس مجلس لتقييم الخدمات الضرورية والفعالة .	دراسة البدائل	_____

## الفصل الثامن

### دور بحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسات

ينهمك باحثو الخدمات الصحية وبتينياً في إنتاج المطومات المستخدمة في حوارات السياسات العامة . ولتعزيز تفهم كل من المنتجين والمستخدمين لهذه البحوث ، يفحص هذا الفصل العلاقة بين بحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسات ، حيث يوفر الجزء الأول نظرة عامة موجزة على مايقعله مطلق السياسات ، ولماذا ؟ . بينما تناقش أهداف تحليل السياسات ضمن بيئة النماذج البديلة من صنع السياسات وترتبط أنواع مختلفة من التحليل بمراحل عملية صنع السياسات . بعد ذلك يستقصى دور بحوث الخدمات الصحية في تحليل السياسات إذ ترتبط أوجه من بحوث الفعالية والكفاءة والإنصاف بمهام تحليل السياسات ، مثل : تحديد مشكلة السياسة ذات الأهمية وتعريف تقييم الحلول البديلة . وأخيراً نستعرض محبوبيات بحوث الخدمات الصحية كمصدر لتحليل السياسات :

#### المفاهيم والمنهجيات في تحليل السياسات :

##### أهداف تحليل السياسات :

هناك هدفان عامان لتحليل السياسات :

(١) إنتاج المعلومات المتصلة بصنع السياسات .

(٢) تطوير حجج معقولة لتحويل المعلومات إلى توصيات للنشاطات الحكومية (Dunn 1981) .

ويتضمن الهدف الأول إجراء ، أو تأويل ، تحليلات السلوك الفردي أو المؤسساتي أو سلوك النظام المتعلق بسؤال معين من أسئلة السياسة . تصبح النتائج هي المعلومات المستخدمة للتطوير حجة لدعم توصية محددة للسياسات وتعني توصيات السياسات بالتساؤلات التي يواجهها صانعو السياسات لتحديد الاحتياج إلى نشاط حكومي وتحديد هذا النشاط ، وقد تشمل مثل هذه التساؤلات مايلي :

(١) ماهي المشكلة أو المناسبة التي تتطلب التدخل ؟

(٢) ماهي البدائل التي يحتمل أن تحل المشكلة أو تحقق المناسبة ؟

(٣) ماهو النجاح المحتمل أو الفعلي للسياسات في مواجهة هذه القضايا ؟

قد يوصف صنع السياسات عامة بأنه مجموعة من الخيارات حول أهداف الحكومة وسبل تحقيقها . ويركز هذا الوصف على اتخاذ القرار ويشير إلى الحاجة إلى كل من المعلومات الإيجابية (الحقيقية) والمعلومات المعيارية (غير الموضوعية) .

تكون الحاجة للمعلومات الإيجابية ، على سبيل المثال ، لوصف تفسير الأوضاع الاجتماعية (ارتفاع أعداد غير المؤمن عليهم) والنتائج المحتملة لبدائل مختلفة قيد الاعتبار لمواجهة مشكلة ما (أعداد الأشخاص الذين يتوقع عدم حصولهم على تغطية تحت خيارات التأمين الصحي الشامل) ، أو النتائج الفعلية للسياسات الحالية أو السابقة (نطاق التغطية تحت برامج التأمين الشامل على مستوى الولاية) ، إذاً نوع السؤال الذي يطرح هو واقعي وحقيقي : هل يوجد شيء ما ؟

أما المعلومات المعيارية ، من ناحية أخرى ، فيحتاج لها لتحديد مرغوبة الأوضاع الراهنة ، أو قيمة أو أهمية النتائج الحاصلة من فعل أو مقترح أو سابق . فعلى سبيل المثال ، بعد توفير المعلومات الحقيقية عن الذين سوف تغطيهم مقترحات التأمين الصحي الشامل المختلفة ، قد يقيم المحللون المقترحات معيارياً حسب إمكانية تحقيق هدف معين للإنصاف (الاستخدام المبنى على أساس الاحتياج) ؛ إذاً فهذه التحليل المعيارى هو تحديد مدى الرغبة في الأوضاع الحالية والمستقبلية . وتكون مثل هذه المعلومات غالباً موضع نزاع لأن القيم المتنافسة تؤدي إلى تويلات مختلفة للمعلومات الحقيقية . ومن المقترح أن يكون هدف تحليل السياسات - إجراء التحليلات المناسبة وتطوير التوصيات على أساس حجج معقولة ، أما معايير تقدير تحليل السياسات فهي : وثاقة الصلة والصحة والعقلانية ، حيث تشير «وثاقة الصلة» إلى مدى ارتباط المعلومات الحقيقية والمعيارية التي ينتجها الحل مباشرة إلى أسئلة السياسة وتكون في الوقت المناسب ، وهل تستجيب المعلومات للأسئلة المحددة والمفصلة التي تنشأ حول مشروع قانون مطروح أمام الكونغرس أو حول مقترح سياسة في مكتب الحاكم ؟ ويجب أن يضم تركيزها مواصفات البرامج والمقترحات والأطر الزمنية القائمة ، ويجب أن تكون

المعلومات الناتجة «صحيحة» (Valid) ، حيث تشير الصحة إلى دقة المعلومات في الإجابة على أسئلة السياسات ، أي أنها تعرف أسباب مشكلة ما ، وتفحص المجموعة المناسبة من البدائل الملائمة ، أو تحدد النتائج الفعلية لخيارات السياسة بما فيها النتائج غير المقصودة . فكلما ازداد فشل دراسة تحقيق المتطلبات أنفة الذكر قلت صحتها . هذا وتتبع أهمية «المعقولة» في تحليل السياسات من إدراك أن نفس الحقائق (البيانات التي توضع أن تكاليف الرعاية الصحية وأعداد غير المؤمن عليهم في ارتفاع) غالباً تقود المنتفعين من السياسات (أصحاب النفوذ) ، إلى تعريفات متضاربة لمشكلات أو حلول السياسات (وجود أو عدم وجود الحاجة إلى الإصلاح في نظام تمويل الرعاية الصحية) . تركز النزاعات على وعود السياسات ، على الافتراضات الأساسية – مثل عن السلوك الإنساني أو المؤسساتي أو دور الحكومة في المجتمع – التي تقترض غالباً عند تحويل البيانات إلى وعود . من هذا النطاق الهام تكون جميع وعدد السياسات ذاتية أو غير موضوعية (Subjective) . وباعتبار طبيعة التحليل غير الموضوعية فإن الاختبار الأساسي للتحليل الجيد هو قدرة تأويل ماعلى الصمود أمام الفحص الانتقادي لكل من افتراضه الأساسي ، وتركيبته المنطقية (Bobrow and Dryzek 1987) . وهكذا بالإمكان اعتبار تحليل ما «معقولاً» حسب معيار التمام . هل يحوز على المعلومات المتعلقة بالسياسة وجميع العناصر المطلوبة لإدراك تركيبته المنطقية وافتراضاته ؟

عين دن (Dunn 1981) المكونات الخمسة لحجة مبرهنة تامة هي :

- ١- المعلومات المتعلقة بالسياسة التي تؤدي إلى توصية ، يعبر فيها المحلل عن درجة من الثقة .
- ٢- وجود مبررات لتعزيز التوصية .
- ٣- المساعدة للدعم الإضافي للمبررات والتوصية .
- ٤- أي قيود خاصة للتوصيات .
- ٥- التفكير في دراسة الربود الممكنة على الحجة .

توضح توصية أن تستثمر الحكومة القدرالية في منظمات الحفاظ على الصحة ، طبيعية كل من العناصر السابقة الذكر . فأساس الحجة هو معلومة أن منظمات الحفاظ على الصحة هي أكثر كفاءة من العيادات الانفرادية أو عيادات المجموعة التقليدية . ويفسر المبرر لم تؤد هذه المعلومات إلى التوصية ؟ . وفي هذه الحالة فإن المبرر قد يشير إلى تأثير تكاليف الرعاية الصحية على الميزانية القدرالية أو إلى إمكانية عجز أو إفلاس نظام مديكير . قد يكون هناك احتياج إلى افتراضات أو حجج أو مبادئ إضافية للتوصية . فقد يشمل الدعم والتأييد للاستثمار في منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) براهين عن أن إستراتيجيات احتواء التكاليف الأخرى أقل فعالية ، أو لديها معوقات مقارنة ببديل منظمات الحفاظ على الصحة . وفي الرد على الحجة ، يدرس المحلل المعلومات والأسباب والافتراضات التي تكون الوعود في ظلها خاطئة . وبهذا قد يفترض الرد في حالة منظمات الحفاظ على الصحة على تأثير تكاليف الرعاية الصحية على الميزانية أو على إفلاس نظام مديكير المتوقع ، أو إدعاءات الكفاءة ، من مؤيدي منظمات الحفاظ على الصحة . وكذلك يوجد مبدآن محتملان في الرد . أولاً : قد تكون السياسة غير قابلة للتطبيق . وثانياً : قد يكون للإستراتيجية آثار غير مقصودة ولا مرغوبة (مثل : جودة الرعاية) .

يجب الإشارة هنا إلى وجود استخدامات أخرى لتحليل السياسات إضافة إلى استخدامها كأساس لصنع القرارات . فعلى سبيل المثال قد تجرى التحليلات لتعزيز أو تغيير آراء صانعي السياسات عن إيجابيات وسلبيات سياسة ما ، فقد يستخدم التحليل لدعم موقف متخذ مسبقاً أو لإقناع الآخرين لتغيير موقفهم من قضية ما . والاستخدام الآخر هو التنبؤ باحتمال وقوع نزاع حول قرار في المستقبل والعامل الرئيسي هنا هو التنبؤ بما سوف يراه صانعو القرار نوى العلاقة على أنه إيجابيات أو سلبيات توصية ما كما تكون التحليلات مفيدة في اختيار أو تعديل النظريات والمنهجيات الحالية المستخدمة في البحوث والتحليل . وقد لا تؤثر تحليلات السياسة مباشرة على صنع القرارات الحالية ، ولكن قد تؤدي إلى جهود مستقبلية تكون مؤثرة (Nagel 1988) .

## نماذج صنع السياسات :

يوجد عدد من النماذج المختلفة لكيفية اتخاذ قرارات السياسة ، أو كيف يجب أن تتخذ ، في المنظمات العامة والخاصة ، لكل منها تضمينات (Implications) مختلفة لآل ونوع تحليل السياسة الممكن أو المناسب . وتشمل نماذج «العقلاني الشامل» (Rational) (Comprehensive) - والإرضاء (Satisficing) والمسعج (Mixed - Scanning) (Political) . يصور نموذج العقلاني الشامل الذي يرجع إلى كتابات جون دوى (John Dewey 1910) الفلسفية ، وذرائعين (Pragmatists) أمريكيين آخرين ، عملية صنع السياسة كمجموعة من المراحل المنطقية المحددة (انظر الجدول ١-٨) .

### ١- تعريف المشكلة .

٢- تحديد البدائل التي يحتمل أن تحل المشكلة .

٣- تقييم واختيار أفضل البدائل لتحقيق الهدف .

٤- وصف النتائج المحتملة للبدل المختار .

٥- تقييم وتعديل البديل على ضوء نتائجها المحتملة .

ينسب هذا النموذج صفات مثالية لصانع السياسة على أنه شخص موضوعي ، ذو علم بالأمور ، يهدف إلى اختيار السياسات التي تعظم صالح المجتمع . يقترح النموذج سلسلة من التحليلات ، مرتبة زمنياً ، لحل المشكلات بأسلوب منطقي منظم . ويتضمن هذا النموذج في حدوده القصوى لوراً لتحليل السياسات الشامل . فيجب أن تأخذ التحليلات جميع تعريفات المشكلة بالاعتبار ، وتعبّر عن أهداف السياسة بوضوح ودية وتشمل اختياراً كاملاً لجميع البدائل المحتملة في تطوير الحل ، وتُقيّم النتائج المحتملة على أساس أداء النشاطات المرتبطة .

يؤدى الوقوف على حقيقة أن المعلومات المستخدمة في تحليل السياسات هي محدودة ومكلفة ، إلى إدراك أنه يجب اتخاذ القرار ، في حالات عديدة ، تحت ظروف غير مؤكدة . وتؤدى هذه المحدودية إلى المنظور التزايدى (Incremental view) (المعروف بالنموذج الإرضائي (Satisficing) لصنع السياسات ، وهو غالباً أكثر وصفاً لإجراء صنع السياسات الفعلي ، من النموذج العقلاني الشامل (Lindblom 1959; Simon 1982) .

يكون الهدف في نموذج الإرضاء موجه أكثر نحو تخفيف القصور في السياسة الحالية بإيجاد أفضل سبيل ممكن لأداء العمل . في حين ينشر النموذج العقلاني الشامل أفضل بديل ممكن من سبل أداء العمل بين بدائل متعددة ، يختار نموذج الإرضاء أول بديل يعتبر مقبولا . تنفذ تحليلات الأسئلة المختلفة بأسلوب تكرارى (Iter-active عوضاً عن الأسلوب التتابعى (Sequential) ، ويعيد صانعو السياسة باستمرار صياغة المشكلات والحلول المحتملة لها . ويكون دور تحليل السياسات محدوداً أكثر منه في النموذج العقلاني الشامل . ويكون التأكيد على تزويد التغذية المرتدة ، فيما نتجه السياسة تدريجياً نحو الحل المثالى . يقترح نموذج المسح الممتزج (Etzioni 1967) أن تكون القرارات الإستراتيجية (طويلة المدى) التى تحدد الاتجاهات الأساسية للسياسات ، من منطلق التحليل العقلاني الشامل ، ولكن يجب أن تكون الخيارات التشغيلية (قصيرة المدى) ، التى تتعلق بتنفيذ الإستراتيجيات العامة ، من منطلق التحليل الإرضائي (أو التزايدى) .

#### الجدول (٨-١) : مراحل صنع السياسات : المعلومات المتطعة ونوع البحوث .

مرحلة صنع السياسات	المعلومات ذات الصلة	نوع البحوث
١- تحديد المشكلة	مدى وخطورة وأسباب وأهمية المشكلة .	التحليل المفاهيمي والدراسات الوصفية للمشكلات وأسبابها .
٢- تعريف البدائل	التنبؤات بنتائج البدائل .	التصور المفاهيمي والتجريبى لنتائج البدائل .
٣- تقييم البدائل	التقييمات المعيارية قبل اتخاذ الإجراءات .	التطبيقات المفاهيمية لأطر التقييم المعيارى للبدائل .
٤- وصف النتائج	عملية وأثار السياسات والبرامج .	دراسات وصفية لآثار البرامج والسياسات .
٥- تقييم النتائج	التقييمات المعيارية بعد اتخاذ الإجراء .	دراسات معيارية لآثار البرامج والسياسات .



هذه النماذج الثلاثة ، العقلاني الشامل (Rational - Comprehensive) ، والإرضائي (Satisficing) ، والمسح الممتزج (Mixed-Scanning) ، جميعها أشكال مختلفة من الأسلوب العقلاني لصنع السياسات ، إلا أنها تأخذ بالاعتبار ، طبيعة هذه الإجراءات السياسية .

على نقيض هذه النماذج العقلانية الثلاثة لتحليل السياسات ، يركز النموذج السياسي (Political Model) على البيئة السياسية ، بتعددية أهدافها وقيمتها واهتماماتها التي تؤثر في السياسات الصحية (Stone 1988) . ويثير هذا النموذج الريبة ، في افتراض ، أن صانعي السياسات مدفوعون لجرد توفير الحلول العقلانية للمشكلات الاجتماعية ، وأن المؤسسات أنشئت لتيسير التحليل الموضوعي للمشكلات والبدائل (Jones 1976) ، ويصف هذا النموذج عملية صنع السياسات من منظور حل النزاعات والعمل على تعزيز الإجماع وإحلال الوفاق ، وتعكس المشكلات والحلول ، المنطوق إليها في عملية صنع السياسات ، الأهداف الفردية لمجموعات نفوذوية (Interest groups) متعارضة ، عوضاً عن نتائج التحليل الموضوعي .

تعتمد نتائج عملية صنع السياسات على قدرة المجموعات التي تمسها هذه النتائج على تنظيم العمل السياسي والمشاركة فيه ، أكثر من اعتمادها على الدرجة التي تحقق فيها سياسة ماهدف أداء معين .

يستخدم التمثيل الرمزي لسلة النفايات لتصوير أسلوب النموذج السياسي غير الموضوعي وغير المنظومي لصنع القرارات (March and Olsen 1976) ، إذ يعتمد مزيج النفايات في السلة على نوع النفايات المنتج في تلك اللحظة وعلى عدد سلات النفايات المتاحة وعلى السرعة التي يتم بها جمع وإزالة النفايات في الموقع ، ويوحى هذا التمثيل بالدور الثانوي الذي يلعبه تحليل السياسات الموجه أساساً للتنبؤ بالنزاعات المحتملة بين أصحاب النفوذ المشاركين في عملية صنع القرار .

رغم محدوديات النموذج العقلاني وأشكاله المختلفة كتوصيف لعملية صنع السياسات إلا أنه يوضح أنواع البحوث ، والمعلومات المتصلة بها المطلوبة لصنع القرار العقلاني . لذلك يتخذ هنا كأساس لتوضيح دور بحوث الخدمات الصحية في تحليل السياسات ، مع اعتبار القيود التالية :

لاتدل المراحل المفصلة في النموذج العقلاني ببساطة على إستراتيجية لتنفيذ التطيل المتصل بمرحلة ما ، وإنجاز تلك المرحلة والانتقال إلى المرحلة التالية وهكذا بواليك ، إذ لا يكون ذلك ملائماً لعدة أسباب .

كما ناقشنا سابقاً ، تؤدي محدودية المعلومات ومدى تسييس البيئة إلى عملية تكون تكرارية أكثر منها تنابعية ، وأخذ تضمن كل مرحلة بالاعتبار مسبقاً قبل تنفيذها فعلاً . فعلى سبيل المثال ، أخذ مشكلات التنفيذ المحتملة بالاعتبار (المرحلة الرابعة) عند إجراء التقييم الأولي للبدائل (المرحلة الثالثة) (Nogwood and Gunn 1984) . ففي الحالات التي قد يكون بها التحليل أو الخيارات المقترحة لمرحلة ما غير ممكنة بسبب قرارات سابقة فإنه يتضح أن مثل هذا التحليل يكون لاقيمة له . كما يجب اعتبار حدود المعلومات وطبيعة العمل السياسية في بيئة معينة في تحديد نوع التحليل الملائم لسؤال ما . يناقش فيما تبقى في هذا الفصل أنواع التحليل المقترحة لكل مرحلة في النموذج العقلاني . ولا يجب النظر للتحليلات على أنها بديل لتمييز وتبصير وإبداع صانع السياسة ، إلا أنه يُقترح أن تحليلاً أكثر منظومية في المراحل المختلفة من عملية صنع السياسات سوف تعزز صنع القرار العقلاني لصانع السياسات .

صنع السياسات وتحليلها (Policymaking and policy analysis) يجب أن يختار صنّاع السياسات من بين تشكيلة من أطر البحوث ومنهجياتها في معالجته للأسئلة السياسية . تعتمد ملاحة أسلوب ما على نوع الأسئلة المطروحة والتي بدورها تعتمد على المرحلة من عملية صنع السياسة ، ويصف هذا الجزء أهداف وأنواع التحليل الملائمة لكل مرحلة . يدرج الجدول إلى أنواع قرارات السياسة المرتبطة مع المراحل الخمس للنموذج العقلاني ، والمعلومات المطلوبة لإعلام صانع السياسة في كل مرحلة وأنواع البحوث والتحليلات المختلفة ذات الصلة .

### تعريف المشكلات :

هدف المرحلة الأولى العلم ، تعريف المشكلة ، هو تحديد قصور في النظام الحالي لتحقيق هدف معين للأداء . وفي هذه المرحلة هناك ثلاثة أنواع من المعلومات ذات

العلاقة وهي الحجج المعيارية التي تُقيم أهمية الأهداف المختلفة للسياسة (الفعالية والكفاءة والإنصاف) ، والمعلومات الوصفية التي تربط الأوضاع السائدة للسياسات بمزيج مثالي من الأهداف أو إلى مستوى أعلى من كل منها ؛ والتحليلات المفاهيمية والتجريبية التي تفسر أسباب الأوضاع الراهنة وتقتترح حلول ممكنة لها . فالمهمة الأولى هي توضيح المعايير المستخدمة لتقدير أن مرحلة ما هي ذات مشكلات . وتستدعي هذه المهمة حقيقة ، أن المشكلات لاتقع إلا عندما يكون هناك تعارض بين مايجب أن يكون ومايكون فعلاً . وتقع صعوبة هذه المهمة لأنه عادة ما يكون هناك قلق عام نحو حالة ما ، ولكن لايكون هناك اتفاق على معيار دقيق يستخدم في تعريف هذه الحالة كمشكلة .

لتوضيح معايير السياسة ، بالإمكان إجراء المسوحات السكانية أو بالإمكان مراجعة التقارير من التحقيقات العامة أو تقارير مجموعات التركيز ، التي تحدد الرؤية المشتركة للأهداف والهموم ، كما بالإمكان أيضاً سؤال هيئة صنع السياسات صاحبة الشأن ، أو الاعتماد على أحد أنواع التحليل المراقبي (Observational) للقرارات والقوانين والأدلة السابقة ، أو أى مواد مكتوبة أخرى للاستدلال على طبيعة المعايير (Nagel 1988) ، وأحياناً بإمكان هيئات المستشارين الخبراء أن توفر المعيار مثلاً يوفر إجراء أدلة الممارسة السريرية الذي تنشره وكالة سياسات وبحوث الرعاية الصحية والذي سبق وصفه في الفصل الثالث (Agency for Health Care Policy and Research) معياراً لتغيير المشكلات في سياسة تغطية مديكير . كما يوجد أيضاً حالات نادرة حدد بها مسؤول حكومي بالحرف الواحد معياراً «لا ينبغي أن يكون» مثل معيار هيل - بيرتون (Hill-Burton) لنسبة أسرة المستشفيات للسكان .

**المهمة الثانية :** هي وصف - غالباً مايكون مبدئياً - مجموعة من المدركات الحسية الفاضلة والمتضاربة لوضع غير مرغوب فيه ، بعبارة أكثر دقة وموضوعية ومنظومية . ويكون الهدف هنا هو تحديد حجم ومدى المشكلة من حيث عدد الأشخاص أو المؤسسات التي تسهم هذه المشكلة ، فعلى سبيل المثال عند مواجهة القلق نحو تكلفة خدمات الرعاية الطبية المرتفعة ، قد يسعى المحلل إلى تحديد مصادر البيانات التي تبين كيف ترتفع التكلفة وكيف يرتبط ارتفاع تكلفة الخدمات الطبية إلى المؤشرات

الاقتصادية الأخرى مثل : المرتبات أو تضخم الأسعار وكيف يوزع أعباء التكلفة بين دافعي الطرف الثالث (3rd Party Payers) والمرضى .

**أما المهمة الثالثة :** فهي تحديد المشكلة ضمن إطار مفاهيمي وتصنيفها وتفسير العلاقات بين أبعادها المختلفة ، وتكون النماذج النظرية والتجريبية أو الأطر المرجعية ضرورية لتصنيف المشكلة . فعلى سبيل المثال قد يختلف الناس حول نوع المشكلة المتمثلة في تكلفة الرعاية الصحية ، سرعة الارتفاع ، وتوزيع الأطباء غير المتوازن وأسرة المستشفيات الفائضة . ومن أنواع البحوث التي يحتمل استخدامها لتحديد وتصنيف المشكلة ، الدراسات على تأثيرات تغطية التأمين الصحي على استخدام وتكلفة المستشفيات والبحوث عن العوامل المؤثرة على خيارات الأطباء لمواقع ممارستهم والتحقيقات عن محددات إنفاقات المستشفى . ويؤدي إتمام مهام المرحلة الأولى ، الثلاث هذه إلى حلول مقترحة من خلال إدراك أبعاد المشكلة ومسبباتها المحتملة .

### تعيين البدائل :

يسعى المحلل في المرحلة الثانية لاختيار بدائل للسياسات التي يحتمل أن تصحح أو توازن أو تحايد مسببات المشكلة . وتكون تنبؤات نتائج بديل ما ، هي المعلومات ذات الصلة لتحليل المرحلة الثانية . قد تساعد النماذج الإحصائية والأساليب التصويرية (Simulations) المحلل في إنتاج تنبؤات كمية ، لنتائج السياسة ، فعلى سبيل المثال قارنت هيئة مراجعات مدفوعات الأطباء (Physician Payment Review Commission) تنبؤات الخط القاعدي (base line) لمدفوعات الأطباء تحت جدول رسوم مديكير (RBRVS) (قبل تطبيقه مثلاً) مع مدفوعات أسلوب المؤلف والساند والمعقول (colby) (1992) ، وقد يكون الاعتماد على الاستنتاج النظري (الاستقرائي أو الاستدلالي) أكثر شيوعاً لإحداث تقديرات للنتائج المتوقعة وهو أسلوب وضع في الفصل الرابع خلال الحوار عما إذا كانت حوافز السوق هي أفضل من الضوابط الحكومية لإنتاج تخصيص كفاء للموارد النادرة . تستخدم النظرية الاقتصادية غالباً لاقتراح أن حوافز السوق ستؤدي إلى الكفاءة التخصيصية وترتكز مثل هذه التنبؤات على الاستنتاج الاستدلالي في افتراضات عن الاستجابات السلوكية لمقدمي الخدمة والمستهلكين ، لحالات معينة من السوق .

**تقويم البدائل :**

تقوم النتائج المتنبأ بها لبدائل السياسة من منطلق الأهداف المحددة للسياسة أو أهداف المرحلة الثالثة . والمهام التحليلية هي : تحديد مزيج الأهداف الذي سوف يستخدم لتقويم البدائل المختلفة وتحويلها إلى معايير (كمية ونوعية) تصور الأبعاد المهمة لكل هدف وتحدد تأثير البدائل من واقع هذه المعايير (Weiner and Vining 1989) ، فمثلاً لتقويم مقترحات بديلة لخدمات مواصلات الطوارئ قد يعين المحلل متوسط التأخير في فترة نزوة الإزحام للعربات ، على أنه المعيار المرتبط بهدف تحسين إمكانية الوصول إلى المراكز الإسعافية في المدينة ، وقد تكون التغييرات في تكلفة خدمات سيارات الإسعاف الخاص معياراً آخر مشتقاً من هدف الكفاءة الاقتصادية . ومن ثم يجب على المحلل أن يطبق هذه المعايير على بدائل السياسة ويوضح سلبيات وإيجابيات الأهداف المقترحة في كل من البدائل ، والمقايضة بين هذه السلبيات والإيجابيات .

تظهر صعوبة عملية عندما يضم المحلل أهدافاً متعددة ليطور تقدير كلي للبدائل . إذ يتوفر أنواع من نماذج القرار أو أطر الخيار الأمثل لمساعدة المحلل في هذه المشكلة وتشمل أدق هذه الأنواع ، تحليل منفعة التكلفة (Cost benefit) ، وتحليل المنفعة متعددة الصفات (multiattribute utility analysis) ، وتحليل المستهلك (Threshold) وتحليل المزيج الأمثل (Optimum Mix) وتحليل الأهداف المتعددة (Mckenna 1980) (Multigoal) (Nagel 1988, Stokey and Zeckhauser 1978) ، إلا أنه مما يؤسف له أن تطبيق هذه النماذج يتطلب بيانات كمية ومستوى من الدقة نادراً ما يتوفر للحللى السياسية .

**وصف النتائج :**

هدف المرحلة الرابعة التحليلي هو هدف ثانى : تحديد الدرجة التى طبق فيها برنامج سياسة كما هو مقصود ، وقياس كل من التأثيرات غير المتوقعة . وتسال عملية مراقبة (Monitoring) التطبيق إذا ما أنتيحت معايير معينة ، أو إذا كانت السياسة

أو البرنامج يعكس الاستخدام الملائم للموارد . وتشمل المعايير المحددة المستخدمة كثيراً في عملية المراقبة (Monitoring) معايير المخلات . (القوى العاملة والمرافق والمعدات والإمدادات) ، ومعايير الإجراءات والعمليات (الإدارية والتنظيمية والسريية والسلوكية والسياسية والمواقفية) ، ومعايير المخرجات (السلع والخدمات الموفرة) ، ومعايير التأثيرات (الوضع الصحي للمجموعة المستهدفة) . وفي قياس التأثيرات يسعى إلى تحديد ما إذا كانت السياسة قد أحدثت أي تغيير في سلوكيات أو مواقف أو المستوى الصحي للأفراد والمجموعات والمنظمات أو المجتمعات المستهدفة . وتتراوح أساليب تحديد التأثيرات في محاسبة النظم الاجتماعية التي يراقب بها الحل إجمالي التغييرات في المؤشرات الصحية أو مؤشرات الوضع الاجتماعي الأخرى (مثل : معدلات وفيات الأطفال الرضع) على مر الزمن ، ويسعى إلى ربط التغييرات ربطاً منطقياً بالسياسة عامة - للتقييمات التجريبية وشبه التجريبية لبرامج محددة - (مثل : التدخلات في الوصول إلى رعاية ما قبل الولادة) التي صممت خصيصاً لتفصل تأثيرات البرامج عن العوامل الأخرى (إجمالي نزعات الانخفاض في وفيات الأطفال) (Shortell and Richardson 1978) .

### تكوين النتائج :

في المرحلة الخامسة من صنع السياسات ، تقوم النتائج ، قد يستخدم صانعو السياسات معلومات الأداء في تقرير ، إما الاستمرار في السياسات الحالية أو تعديلها أو إنهاؤها أو لإعادة تحديد المشكلة . ولتقييم الأداء تحليلياً ، تقيم نتائج سياسة ما معيارياً على ضوء الأهداف والمعايير المعينة . وقائمة الوسائل التحليلية والموصوفة في المرحلة الثالثة من عملية السياسات (تقييم البدائل) تتصل أيضاً بالمرحلة الخامسة ، إلا أنه يكون التركيز في المرحلة الخامسة على تقييم النتائج الفعلية عوضاً عن النتائج المحتملة . ولتقييم الأداء يجب على الحل أن يحدد أهداف السياسة ويحولها إلى معايير يمكن استخدامها في التقييم ، ثم يطبقها على نتائج برامج السياسة . وكما أشير إليه سابقاً فإن تعريف المعايير واستخدامها في تحليل السياسات مكثف بالصعوبات . وقد لا يستطيع صانعو السياسات اختيار الأهداف الملائمة في بيئة

معينة ، وتقريباً لا يختارون أبداً التبادل الملائم بين سلبيات وإيجابيات زوجين من هذه الأهداف ، وقد يكون لديهم أهداف ضمنية (جدول أعمال ضمني) لا يرغبون الإفصاح عنها . وقد عرضت أساليب بديلة لحل مثل هذا التعارض سابقاً في الجزء المعنى بنماذج القرار .

### دور بحوث الخدمات الصحية في تحليل السياسات :

كما نوقش في الفصول السابقة ، تسعى بحوث الخدمات الصحية إلى توضيح أهداف نظام الرعاية الصحية من حيث الإنصاف وفعالية وكفاءة تقديم الخدمات ، وقد طورت المعايير والمنهجيات ومصادر البيانات لتقييم الدرجة التي حققت فيها أهداف الأداء في هذه المجالات ، وكذلك لتحديد أي البدائل قد تساعد في تحسين أداء النظام . يربط النقاش التالي هذه البحوث بتحليل السياسات بوصف فائدة بحوث الخدمات الصحية في تحديد مشكلات السياسة وتعريف وتقييم البدائل ووصف وتقييم نتائج قرارات السياسة .

### تحديد المشكلات :

كما سبق ذكره ، يجب توضيح الأهداف كأساس لتحديد المشكلات التي تتطلب التدخل الحكومي . هناك مهمتان أساسيتان مختلفتان . الأولى : هي تحديد ماذا يجب أن تكون الأهداف . وهذا سؤال ذاتي غير موضوعي يخضع لرؤى مختلفة لطبيعة الرعاية الطبية ودور نظام الرعاية الصحية . وتقترح المهمة الثانية مقاييس وأساليب لتوضيح الأهداف وربطها بخيارات السياسة عن وجود مشكلات واختيار الحلول . ونعني بالمهمة الثانية المفاهيم والمنهجيات المستخدمة في بحوث الخدمات الصحية في توضيح وتفعيل معايير الفعالية والكفاءة والإنصاف لكي تستخدم في تحليل السياسات .

### الفعالية :

كما أشير إليه في الفصل الثاني ، نقترح أدبيات بحوث الخدمات الصحية طريقتين ممكنتين لتحديد هدف الفعالية في تحليل السياسات ، إحداها تركز بشكل عام على

المنافع العائدة إلى السكان ، وتركز الأخرى بشكل أكثر تحديداً على المنافع العائدة إلى الأفراد من المرضى (الشكل ١-٢) .

تُحدد الفعالية من المنظور السكاني على أنها نسبة السكان الذين يشكون من مشكلة صحية واستفادوا من العلاج . وتقاس بحاصل النسبة المئوية من المشكلات التي أحضرت إلى الرعاية الطبية والنسبة المئوية من العلاج الموصوف ومعدل التزام المرضى بالعلاج وقوة تأثير العلاج المقدم (الجدول ٢-٢) . وبإمكان تحليل السياسة التي تسعى إلى تحسين الفعالية التي تم تحديدها بقياسها بهذه الطريقة ، أن تقارن الرعاية الطبية مع الإستراتيجيات الأخرى المتصلة بالسكان لتحسين نوعية ومدة الحياة . وقد تتغير المنافع المحققة من خلال تناول الإنسان غير الوافي والتدخين وإدمان المخدرات وتحسين مهارات العمل ، مع المنافع الناتجة من نظام لتقديم الرعاية الطبية بفعالية أكبر . وفي هذا المنظور تتجلى أهمية التحليلات المباشرة للآثار الصحية الناتجة من سلوك المرضى والأوضاع البيئية إضافة إلى جودة الرعاية الطبية .

ويركز تعريف بديل للفعالية ، بشكل دقيق على المنافع التي نالها المرضى الذين يتلقون الرعاية الطبية تحت ظروف الممارسة الفعلية ، وللتحليلات التي تعتمد هذا التعريف منظور سريري تقليدي ، وقد يحدد معيار التقييم من مطلق المنافع الفعلية في الممارسة الطبية بالمقارنة مع الحد الأقصى من المنافع التي يمكن تحقيقها (قوة التأثير) ويكون هذا المقياس ذا أهمية عندما يكون التوكيد على تحسين أداء مقدمي الرعاية الطبية بالمقارنة مع تحسين أداء نظام الرعاية الطبية ككل (انظر الجدول ٢-٣) .

## الكفاءة :

بالإمكان العمل على هدف الكفاءة في الرعاية الطبية بأسلوبين :

- ١ - تشجيع المزيج المناسب من خدمات الرعاية الطبية لتنظيم الصالح الاجتماعي (الكفاءة التحصينية) ، أو تشجيع المزيج المناسب من المدخلات الطبية وأساليب الإنتاج لتعزيز الإنتاجية (الكفاءة الإنتاجية) . وتشمل معايير التحليل في كلتا الحالتين معايير الإنتاج والتكلفة المستنتجة من نظرية الاقتصاد الدقيق (Micro Economics) ، والقياسات المستمدة من تطبيق أطر فعالية التكلفة (Cost-Effectiveness) ومنفعة التكلفة (Cost-benefit) .



يبين نموذج الاقتصاد الدقيق (Micro Economic Model) لمقدم الرعاية الطبية العلاقة بين المستويات والمزيج المختلف من المدخلات وأسعار المدخلات والتقنية لتخفيض تكلفة الخدمات إلى الحد الأدنى . وبالإمكان استخدامه في تحليل السياسات عندما يكون الاهتمام موجهاً نحو إنتاج خدمة محددة أو مزيج محدد من الخدمات . فعلى سبيل المثال يستخدم كل وضع من الرعاية الصحية - مثل : العيادة الطبية والمستشفى ودار المسنين - تركيبة خاصة من القوى العاملة الصحية ، يسندھا مدخلاتها لإنتاج الخدمات . ويقترح النموذج الاقتصادي الدقيق معايير يمكن استخدامها لتعين تجريبياً أكثر التركيبات من القوى العاملة كفاءة لتدعم مستوى محدد من الخدمات الطبية .

٢ - ومن الناحية الأخرى يستخدم إطار فعالية التكلفة عندما يكون الاهتمام موجهاً نحو مقارنة الكفاءة النسبية للسياسات أو البرامج التي تسعى إلى تحقيق نفس الهدف من خلال منهجيات إنتاج بديلة .

تُحسب نسبة فعالية التكلفة (مثلاً : التكلفة لكل مواجهة طبية أو لكل حالة مرضية تكتشف أو لكل سنة حياة مضبوطة بالنوعية) وتُقارن بين البدائل . ومن المهم ملاحظة أن الكفاءة الإنتاجية تتطلب أيضاً أن تكون الخدمات فعالة . ويجب أن يسبق تحليل الكفاءة تقييم للفعالية السريرية أو الفعالية على أساس السكان .

يُقِيم هدف الكفاءة التخصيصية الشامل باستخدام إطار منفعة التكلفة إذ يحسب المحلل ويقارن تكلفة ومنافع السياسة ، أو البرنامج أو الخدمة ليحدد ما إذا كانت تضيف إلى الصالح المجتمعي .

لذا يجب تحديد جميع التكاليف والمنافع المجتمعة وقياسها مالياً إن أمكن : لكي تتم المقارنات (التكليف مقابل المنافع) بين جميع العمليات الممكنة . وينتج طرح التكاليف من المنافع ، صافي المنافع وهو المعيار الذي يشير إلى ازدياد الصالح المجتمعي . وعندما تفوق التكاليف الإجمالية لسياسة أو برنامج منافعها الإجمالية يشير ذلك إلى اللاكفاءة التخصيصية .

**الإنصاف :**

كما نوقش في الفصل السادس ، تُستمد أهداف الإنصاف من المبادئ الأخلاقية للعدالة التوزيعية (Distributive justice) فيما يتعلق بالتوزيع العادل للمنافع وأعباء الرعاية الطبية (الشكل ١-٦) ، فيما يستمر الحوار حول أى المعايير يجب أن يستعمل كأساس لتحديد الإنصاف في تقديم الرعاية الطبية ، وبالإمكان استنتاج أهداف ومعايير توزيعية محددة ، تجسد أوجه لعدد من نظريات العدالة التوزيعية البديلة (الجدول ١-٦) . والتي بدورها يمكنها التحول إلى مؤشرات تجريبية للوصول إلى الرعاية ، كما شرح في الفصل السادس ، لتقييم الدرجة التي تحقق فيها الإنصاف . وتشمل مؤشرات الإنصاف في الوصول إلى الرعاية مواصفات نظام تقديم الرعاية (متاحة وتوزيع الخدمات) ، ومواصفات السكان (العرق الجنس والتغطية التأمينية ومصدر الرعاية المعتاد) ، واستخدام الخدمات والرضا عن الخدمات المقدمة (الجدول ٢-٦) . وتقييم أهداف الإنصاف في الوصول إلى الرعاية على مستوى النظام أو المستوى المؤسساتي وكذلك على مستوى المجتمع بتطبيق هذه المؤشرات (الجدول ٢-٦) .

**تهديد وتخويم البدائل :**

بالإضافة إلى تعريف وتوضيح المشكلات ، تساعد بحوث الخدمات الصحية صانعي السياسات في تحديد الإستراتيجيات المناسبة لحل المشكلات ، وقد تتخذ النماذج النظرية كأساس «المنطقي» للمقترحات الجديدة . وفي حالات أخرى تطبق كل من النظريات والدراسات التجريبية لتصوير النجاح المحتمل لإستراتيجية ما .

**الفعالية :**

يفيد إطار «الهيكل والإجراء والنتائج» الذي طوره دونايديان (Donabedian 1966) كدليل مفاهيمي لبحوث الفعالية ، في مهام تحليل السياسة لتعريف وتقييم بدائل السياسة والبرامج المسبق .

وبالإمكان تطبيق هذا الإطار على المستوى السكاني باعتبار الرعاية الطبية كأحد التدخلات التي تساهم في صحة السكان لتقييم مايمكن عمله لتحسين فعالية الرعاية

الطبية من خلال معالجة متغيرات النظام . كما يمكن استخدامه أيضاً كأساس التحليل على المستوى السريري لتقييم مايمكن عمله لتحسين الممارسة السريرية .

يقترح الإطار نوع البيانات الضرورية لتحديد الطول الممكنة لمشكلة تتعلق بالفعالية ، في حين يقترح الدليل الذي يربط عناصر هذا الإطار بالمرجات مواقع التدخل . فعلى سبيل المثال في توضيح قلق صانع السياسة نحو جودة الرعاية في دور المسنين ، يقترح إطار «الهيكل والإجراء والنتائج» أن جودة الرعاية في دور المسنين تتأثر بعوامل هيكلية مثل عدد المواطنين ومستوى تأهيلهم . وتؤثر الجودة ، بدورها على النتائج بما فيها الوفيات والمراضية (Morbidity) ، والوضع العملي (functional status) ، ورضا العملاء . ويبين الإطار عوامل الهيكل والإجراء التي يجب أن تعالجها بدائل السياسات ، التي صممت لتحسين فعالية الرعاية .

### الخلاصة

تفيد البحوث التي تعنى بالكفاءة التحصيلية والإنتاجية ، صانعي السياسات عن أي البدائل تميل إلى توفير الخدمات الفعالة التي يكون توزيعها أقل تكلفة نسبياً . فمثلاً وثقت دراسات تجريبية عديدة أن الأطباء والمستشفيات يستطيعون عامة أن يستخدموا مدخلات غير الأطباء (nonphysician) بكفاءة أكبر (Reinhardt 1975; Smith, Miller and Gollady 1972) ، وأن استخدام مرضى منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) للمستشفيات أقل بكثير من مرضى الرسوم مقابل الخدمة (FFS) ويدون أي انخفاض مطابق في فعالية الرعاية (Luft 1981) ، وأن المشاركة في التكلفة (Cost Sharing) تؤدي إلى استخدام وتكلفة أقل للرعاية الطبية ويدون انخفاض يذكر في الحالة الصحية للمريض العادي (Manning et al. 1987) . ويسعى الباحثون إلى توفير معلومات أفضل عن كفاءة تشكيلية من الخدمات الطبية المحددة الموجهة إلى مشكلات طبية عامة والموارد والترتيبات التنظيمية وآليات التمويل المرتبطة بتقديمها .

كما يمكن تعريف وتعميم مشكلات الكفاءة من خلال تحليل أوضاع سوق الرعاية الطبية (انظر الفصل الرابع) . وتبين نظرية الاقتصاد البقيق (Microeconomics) أوضاع السوق التي تؤدي إلى اللاكفاءة في الإنتاج أو التحصيل إذا لم يتم تصحيحها . وقد تم بيان وجود العديد من هذه الأوضاع في سوق الرعاية الطبية .

فعلى سبيل المثال تؤدي النتائج غير المؤكدة والغامضة لبعض أنواع الرعاية الطبية ، إلى صعوبة تقرير المرضى لما هو لصالحهم . كما أن المنافع والتكاليف الخارجية لبعض أنواع الرعاية الطبية (مثلاً التحصين للوقاية من الأمراض المعدية التي تنفع السكان إضافة إلى الأفراد) قد لا تقدر تقديرًا ملائمًا من قبل الأسواق الخاصة مما يؤدي إلى التحصين اللاكفء . يجعل عدم التكافؤ الناتج عن الفجوة في المعرفة بين المرضى ومقدمي الخدمة ، المرضى عرضة للرعاية غير الملائمة أو الرعاية التي ماكانوا ليختاروها لو كانوا على علم بالأمور . ويعتبر توثيق وجود مثل هذه الأوضاع غير المواتية من المنهجيات التي يستخدمها المحللون لتحديد التدخلات الحكومية المصممة لتحسين الكفاءة .

تجدر ملاحظة أن تطبيق نموذج الاقتصاد التنافسي لتعزيز الكفاءة في الرعاية الصحية يفترض أن تعظيم إشباع رغبات المستهلك هو هدف ملائم من أهداف السياسة . وهذا حكم ذاتي غير موضوعي ويجب التصريح به بوضوح عند تطبيق هذا النموذج . والنموذج البديل الذي يعظم الحالة الصحية للسكان (أو موافاة احتياجاتهم الطبية) هو بديل لرضا المستهلك في تحليل الكفاءة . وقد نوقش كلا النموذجين في الفصل الثاني والرابع . إلا أن معايير تحديد الكفاءة التحصيلية في النموذج المبني على الاحتياج (Needs-based) لم يتم تطويرها بالمستوى الذي طورت فيه معايير نموذج الاقتصاد التنافسي .

### الإنصاف :

تشير التحليلات التجريبية للأهمية النسبية لعوامل متنوعة ، يفترض أنها تؤثر على ما إذا كان الناس يتلقون الرعاية أو لايتلقونها ، ومدى رضاهم ، إلى نقاط ممكنة لتدخل السياسة لتعزيز الإنصاف في الوصول إلى الرعاية . وبالإمكان استخدام مؤشرات الوصول التي نوقشت مسبقًا ، لتحديد حلول محتملة لإحدى مشكلات الإنصاف من خلال فحص ارتباط هذه المؤشرات مع مقياس الوصول الفعلية - الاستخدام والرضا - تصبح بعيدت تلك العوامل التي تؤثر مباشرة في الوصول إلى الخدمات الضرورية (مثل : التغطية التأمينية أو المصدر المعتمد للرعاية الطبية) نقطة التركيز لتصميم وتطبيق البرامج والخدمات لتعزيز الوصول إلى الرعاية .

تقتضى بحوث الوصول إلى الخدمة ، مثل تحليل الكفاءة ، أن الخدمات فعالة ، أي أن يتمكن من الوصول إلى الرعاية قد يؤدي إلى تحسين صحة الناس . تجسد مؤشرات الوصول إلى الرعاية التي تشمل المعايير المتعلقة بالحالات التي تستطيع الرعاية الطبية تحسينها (الأحداث الوقائية ، والتنويم الذي يمكن تفاديه ، أو الحالات الحساسة للرعاية الإسعافية) معايير كل من الإنصاف والكفاءة (Weissman, Gatsonis and Epstein 1992) .

### وصف وتخويم النتائج :

#### الفعالية :

توفر بحوث الفعالية الإطار المفاهيمي والمنهجيات والدليل التي يستخدمها محللو السياسة لوصف وتقييم إستراتيجيات محددة للسياسة ، وبالإمكان إجراء البحوث التي تربط العوامل الهيكلية - كمية وفعالية المداخلات الطبية - بالنتائج الصحية ، لتقدير أثر تدخل محدد على النتائج المرجوة للسياسة ، وينفس الطريقة ترشدنا الدراسات عن تأثيرات الإجراءات - كمية ونوعية وملاءمة الخدمات المقدمة - على النتائج الطبية ، في تقويم نجاح الخيارات لتغيير إجراءات تقديم الرعاية الطبية . يستخدم المحللون هذه المعلومات في قياس نتائج (معدلات أعلى لنجاة المرضى) لاي من الحلول (مراكز إقليمية لعمليات القلب المفتوح) (open-heart surgery) والتي يمكن ربطها بالأهداف المرجوب فيها للسياسات (تحسين فعالية الخدمات الطبية) .

#### الكفاءة :

تشكل المفاهيم والتعريفات والمنهجيات التي طورها اقتصاديو الصحة لفحص كفاءة الرعاية الطبية التحصيلية والإنتاجية ، مصادر مهمة لوصف وتقييم نتائج نشاطات السياسة . يوجد العديد من دراسات الكفاءة الإنتاجية ، كما أوجز في الفصل الخامس ، لتوجه تقييمات تنظيم وإنتاج الخدمات الطبية تجربة راند (RAND) للتأمين الصحي التي نوقشت في فصول سابقة هي مثال جيد على هذا النوع من البحوث المنفذ بتصميم تجريبي (Experimental design) صابرم واسع النطاق . وقد بينت النتائج ، تكاليف وتأثيرات إستراتيجيات التأمين البديلة التي تراوحت من تغطية التكلفة الأولية

إلى تغطية الأحداث الطارئة باهظة التكاليف . وقد أجريت التقديرات للإتفاق الزائد الذى حدث تحت تغطية التكلفة الأولية (First dollar coverage) أخذة بالاعتبار القيمة الهامشية المنخفضة للخدمات الطبية الإضافية المستهلكة . كما تمثل دراسات كفاءة العيادات الجماعية مسبقة النفع (prepaid) مثلاً هاماً . كما تمثل أيضاً دراسات جيدة التنفيذ على فعالية التكلفة (الفصل الخامس) التى توفر معلومات مفيدة عن الكفاءة النسبية للخدمات والتقنيات البديلة .

### الإنصاف :

تتصل كل من البحوث التحليلية والبحوث التقييمية بمهمة وصف وتقييم نتائج السياسات الصحية على الوصول إلى الرعاية ، إذ تقترح البحوث التحليلية أسباب مشكلات الوصول التى يحتمل تغييرها بتدخلات خاصة أو حكومية . وتشكل القياسات التجريبية لتأثيرات عوامل محددة (مثل : الدعم الاجتماعى المتاح للأهالي المعرضات للخطورة) الأساس الرئيسى لتقييم نتائج الإنصاف (مثلاً معدلات استخدام رعاية ماقبل الولادة) للخيارات البديلة للسياسة (مثل خدمات تدبير الحالات) . وتفيد البحوث التقييمية (تمت مراجعتها فى الفصل السادس) فى إعلام محلى السياسة بنجاح برامج أو سياسات محددة لتعزيز الوصول إلى الرعاية .

### الصعوبات فى ربط بحوث الخدمات الصحية بالسياسات :

يقدر ماتكون النظريات المفاهيمية والدراسات التجريبية من بحوث الفعالية والكفاءة والإنصاف ضعيفة التطوير وقليلة الوضوح ، فإن البحوث تكون محدودة كمصدر للمعرفة ، لتحليل السياسة . راجعت الأجزاء السابقة الإسهامات المتوقعة لبحوث الخدمات الصحية نحو تحليل السياسة فيما يبرز النقاش الذى يلى محدودياتها .

### الفعالية :

لا يوجد سياسة أو إجماع مهنى على ما إذا كان المنظور السكانى أو المنظور السريرى أكثر ملاءمة لتحديد الفعالية فى تقديم الرعاية الطبية . إذ يهمل المنظور السريرى عوامل هامة تساهم فى صحة السكان . ويتطلب المنظور السكانى أن تتناول السياسة الصحية عوامل خارج نطاق نظام الرعاية الطبية (مثل الإسكان والتوظيف) .

كما أشير إليه في الفصل الثاني فقد أصبح المنظور السريري مؤخراً أكثر بروزاً ، مع التأكيد على البحوث التي تقيم نتائج ممارسات سريرية محددة . ومن القضايا المتعلقة بالحوار حول هذين المنظورين هي قضية تحديد الصحة . فمن المنظور السكاني تبرز مؤشرات صحة المجتمع ، فيما يكون التأكيد في المنظور السريري على الوضع الصحي للفرد وعلى الرضا من الخدمة .

يشكل الافتقار إلى المعايير للممارسة الطبية الفعالة نقطة ضعف في تطبيق تحليل الفعالية على المستوى السريري والسكاني . فعند تناول الأسئلة المتصلة بالعلاقة بين الهيكل والنتائج وبين الإجراءات ونتائج الرعاية لا يمكن إلا اتخاذ تقديرات تقريبية . وتشير دراسات الاختلافات في الممارسة إلى وجود مدى واسع جداً من أنماط الممارسة المقبولة . (Chassin, Brook, and Park 1986; Eisenberg and Nicklin 1981; Ross 1984; Schroeder, Kenders, and Cooper 1973; Wennberg and Gittelsohn 1982). إلا أنه على الرغم من الجهود الحديثة التي بذلتها الحكومة الفدرالية للاستثمار في هذا النوع من البحوث فلا زلنا عاجزين عن تحديد كم من الاختلافات يمكن عزوه إلى تقديم خدمات غير فعالة بدقة تذكر .

### الخلاصة :

توفر بحوث الكفاءة معلومات مفيدة ، ولكنها محدودة ، عن التخصيص الأمثل للموارد ووسائل الإنتاج المثلى . لقد بدأنا للتو بفهم أثر الرعاية الطبية والاستثمارات الأخرى على الصحة والرفاهية للكثير من الخدمات الطبية الهامة . ويبدو هذه المعلومات لا يمكن تحديد القيمة الاجتماعية لقرارات تخصيص الموارد بدقة . كما أن الكفاءة النسبية للنماذج التنظيمية المختلفة والمزيج المختلف من الموارد لإنتاج الرعاية الطبية ، غير واضحة رغم البحوث الشاملة في بعض النواحي . فعلى سبيل المثال مقارنة نماذج رعاية الأطباء من منظمات الحفاظ على الصحة . وبينما الرسوم مقابل الخدمة ، ومقارنة خدمات التتويج مقابل خدمات العيادات الخارجية ، لتقديم خدمات وإجراءات مختلفة . ومن الصعوبات المفاهيمية عند تطبيق معايير الكفاءة التخصيصية لتقييم بدائل السياسة ، هي أن النتائج التوزيعية للبدائل (البعض يربح والآخر يخسر) لا يمكن تقديرها . وبإمكاننا استخدام معايير باريتو المثلى ، (Pareto Optimum) وهي أن

المستفيدين يعوضون المولين ، ولكن قد لا يكون ذلك الأمر مقبولا أخلاقيا مالم يكن هناك آلية لضمان أن الرابعين يعوضون الخاسرين .

### الإنصاف :

يعزز التركيز على بحوث الإنصاف ، لو كان هناك إجماع نظري وسياسي أكبر على معنى الإنصاف . يقترح الفصل السادس هدفاً متعدد الأبعاد ، ويشمل عناصر النظريات (البعدية للعدالة التوزيعية) . تحوى بعض هذه الأبعاد احتمال التضارب ، كما يصعب تطبيق المعايير فى تحليل السياسة . كما تشترك بحوث الإنصاف مع بحوث الكفاءة والفعالية فى الافتقار إلى الدقة التحليلية . فلم يتم توثيق العلاقات السببية بين مؤشرات الوصول القطى والوصول المحتمل إلى الرعاية الطبية ، بانتظام ولا بالكامل . كما أن هناك حاجة للمزيد من البحوث على المؤشرات التى تجسد معايير كل من الفعالية والإنصاف ، أى مؤشرات الوصول إلى تلك الخدمات ، التى تكون فيها الرعاية الطبية مجدية .

يصف هذا الفصل النماذج المتنافسة لعملية السياسة الصحية وتضميناتها لتحليل السياسة . ويقع الاختيار على النموذج العقلانى الشامل كدليل يستخدمه محلاو السياسات ويأخذو الخدمات الصحية ، لتحديد أنواع البحوث ذات العلاقة بأمنلة محددة للسياسة الصحية . ويعرف هذا النموذج المراحل التتابعية من عملية صنع السياسات ، وكذلك المعلومات وأنواع البحوث المطلوبة لترشيد صنع القرار فى كل مرحلة .

وأفضل ما تقدمه مراحل النموذج العقلانى الشامل ، هو إلقاء الضوء على الجسور التجريبية التى تربط بين بحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسات .

### ملاحظة :

يركز نقاشنا على صنع السياسات العامة إلا أنه بالإمكان عامة تطبيق المفاهيم والمصطلحات والمنهجيات المقدمة هنا فى القطاع الخاص أيضا .



## المراجع :

- Bobrow, D., and J. dryzek. 1987. Policy Analysis by Design. Pittsburgh: university of Pittsburgh Press.
- Chassin, M., R. Brook, and R. Park. 1986. "Variations in the Use of Medical and Surgical Services by the Medicare Population". New England Journal of Medicine 314: 285-90.
- Colby, D. 1992. "Impact of the Medicare Physician Fee Schedule. "Health Affairs 11 (3): 216-26.
- Dewey, J. 1910. How We Think. New York: D. C. Heath and Company.
- Donabedian, A. 1966. "Evaluating the Quality of Medical Care". Milbank Memorial Fund Quarterly 44: 166-206.
- Dunn, W. 1981. Public Policy Analysis. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Eisenberg, J., and D. Nicklin. 1981. "Use of Diagnostic Services by Physicians in Community Practice". Medical Care 19: 297-309.
- Etzioni, A. 1967. "Mixed Scanning: A 'Third' Approach to Decision Making". Public Administration Review 27: 385-92.
- Hogwood, B., and L. Gunn. 1984. Policy Analysis for the Real World. New York: Oxford University Press.
- Jones, C. 1976. "Why Congress Can't Do Policy Analysis (or Words to That Effect)". Policy Analysis 2: 251-64.
- Lindblom, C. 1959. "The Science of Muddling Through". Public Administration Review 19: 79-88.
- Luft, H. 1981. Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance. New York: Wiley Interscience.
- Manning, W., J. Newhouse, N. Duan, E. Keeler, A. Leibowitz, and S. Marquis. 1987. "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment". American Economic Review 77 (3): 251-77.
- March, J., and J. Olsen. 1976. Ambiguity and Choice in Organizations. Oslo, Norway: Universitetsforlaget.
- McKenna, C. . 1980 Quantitative Methods for Public Decision Making. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Nagel, S. 1988. Policy Studies: Integration and Evaluation. Westport, CT: Greenwood Press.
- Reinhardt, U. E. 1975. Physician Productivity and the Demand for Health Manpower. Cambridge, MA: Ballinger Publishing Company.
- Roos, N. 1984. "Hysterectomy: Variation in Rates across Small Areas and across Physicians' Practices". American Journal of Public Health 71: 606-12.
- Schroeder, S., K. Kenders and J. Cooper. 1973. "Use of Laboratory Tests and Pharmaceuticals: Variation among Physicians and Effect of Cost Audit on Subsequent Use". Journal of the American Medical Association 225: 969-73.

- Shortell, S., and W. Richardson. 1978. Health Program Evaluation. St. Louis: C. V. Mosby.
- Simon, H. 1982. Models of Bounded Rationality. Cambridge, Ma: MIT Press.
- Smith, K., M. Miller, and F. Golladay. 1972. "An Analysis of the Optimal Use of Inputs in the Production of Medical Services". Journal of Human Resources 7: 208-55.
- Stokey, E., and R. Zeckhauser. 1978. A Primer for Policy Analysis. New York: W. W. Norton & Co.
- Stone, D. 1988. Policy Paradox and Political Reason. Glenview, IL: Scott, Foresman and Co.
- Weimer, D., and A. Vining. 1989. Policy Analysis: Concepts and Practice. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Weissman, J., C. Gatsonis, and A. Epstein. 1992. "Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts and Maryland". Journal of the American Medical Association 268: 2388-94.
- Wennberg, J., and A. Gittelsohn. 1982. "Variations in Medical Care among Small Areas". Scientific American 246: 120-34.

## الفصل التاسع

### تطبيق بحوث الخدمات الصحية على تحليل السياسات

يختم هذا الفصل ، الكتاب بمثال توضيحي ، يُطبق فيه بحوث الفعالية والكفاءة والإنصاف على تقييم مستقبلي لبدائل التأمين الصحي الشامل . وتوصف التدابير الأساسية لثلاثة مقترحات مختلفة للتأمين الصحي الشامل ، وتُقيم نتائجها المتوقعة ويحاكي هذا التحليل التحليلات التي ظهرت في أدبيات بحوث الخدمات الصحية في أوقات أخرى عندما ظهر أن إصلاح الصحة الوطنية أضحت على الأبواب .

اقترح سمرز وسمرز (132، 1977، Somers & Somers) أن تقييم مقترحات التأمين الصحي الشامل (UHI) من طرف ، هدف إلى ضمان الوصول الشامل وطرحوا صيغة الهدف التالي كدليل لتحليلهما : الوصول الشامل ، كما تقتضي الحاجة ، للخدمات الصحية الشخصية إضافة إلى القوى العاملة والمرافق الكافية ، والحماية ذات الجودة العالية والتكاليف المقتنفة . وجادلا على أساس مراجعة نقدية لمديكير ومديكيد ، (أن برنامجاً وطنياً واحداً متمثلاً تموله الضرائب مطلوب لتحقيق الوصول الشامل لخدمات الرعاية الصحية .

استخدم فلدستين (1988، Feldstein) النظرية الاقتصادية الكلاسيكية الحديثة (New Classical) لتحديد المعايير التي يجب استخدامها للحكم على مقترحات التأمين الصحي الشامل . واقترح هدفاً إجمالياً وهو تحقيق توزيع مرغوب للخدمات الطبية الضرورية فيما يسمح بأقصى درجة ممكنة من خيار المستهلك . وينطبق التحليل الاقتصادي استنتج التدابير المرغوبة التالية للتأمين الصحي الشامل .

(١) احتساب أرصدة وحسومات ضريبية تحدد على أساس الدخل لتشجيع تغطية تأمينية أوسع نطاقاً .

(٢) إعانات خدمية مباشرة لأصحاب الدخول المتدنية .

(٣) مقطوعات وبفوعات مرافقة للأفراد لتحقيق ضبط التكاليف . مع حد أقصى لمسؤولية التكاليف الطبية .

- (٤) تدابير مدفوعة لتقديم الخدمة التي تحملهم مسؤولية تكاليف الرعاية .
- (٥) تمويل عام يقدم بصمم بحيث يؤثر تأثيراً ألبى على أسعار السلع والخدمات أو الطلب على العاملين .

قيم براون (Brown 1988) تنظيم الأسعار الخاصة لعدد من مقترحات التأمين الصحى الشامل (UHI) التى عرضت على الكونجرس مستخدماً سبعة معايير هى : شمولية التغطية الكافية ، وشمولية المنافع والإنصاف فى التمويل ، الكفاءة فى استخدام الموارد ، التخطيط فى تخصيص الموارد ، آليات للمسؤولية ، والملاسة السياسية .

طبق براون كل معيار على أنه سلسلة استمرارية (Conteinum) وتقع فى طرف هذه الاستمرارية ، التدابير المرغوبة لخطة التأمين الصحى الشامل ، وعلى الطرف الآخر تقع التدابير غير المرغوبة ، فعلى سبيل المثال شمولية التغطية ، محولة إلى سلسلة استمرارية حيث تقع البرامج التأمينية المجزأة على الطرف غير المرغوب ، وعلى الطرف المرغوب يقع برنامج منفرد شامل ، ثم صنف براون تدابير التغطية التأمينية لمقترحات مختلفة حسب موقعها على كل سلسلة استمرارية ، وبهذا استمد تصنيف إجمالى لمقترحات التأمين الصحى الشامل بفحص التصنيف على كل من المعايير .

تحدد هذه الأساليب ثلاثة أسس مفاهيمية وتجريبية متضاربة لتقييم بدائل التأمين الصحى الشامل . ركز تحليل سمرز وسمرز على الهدف المعيارى المحدد بالوصول الشامل إلى الرعاية ، وفيما أكد فلستين على الكفاءة الاقتصادية محددة من حيث رضا المستهلك ، وعرف براون عدداً من معايير التقييم المختلفة وطبقها على المكونات الرئيسية لبدائل التأمين الصحى الشامل ( مثل : التغطية التأمينية والمنافع والتمويل ) . يوسع الأسلوب التحليلى لتقييم مقترحات التأمين الصحى الشامل ، المعروض هنا ، أسلوب براون لتقييم التدابير الرئيسية للمقترحات المتنافسة ، إلى دراسة صريحة لمعايير الفعالية والكفاءة والإنصاف .

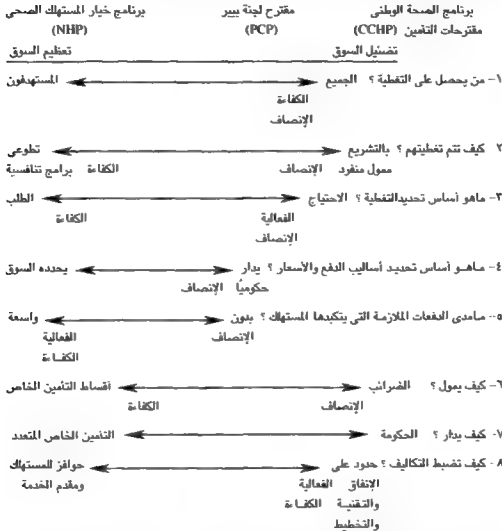
يبدأ التحليل بوصف ثمان من السمات الرئيسية لثلاثة مقترحات مختلفة ، ويتعين مواقع المقترحات على مجموعة من السلاسل الاستمرارية (Continua) تعكس

استخدامها للإستراتيجيات التي تُضلل السوق مقابل تلك التي تعظمه . (انظر الشكل ٩-١) . كما نوقش في الفصل الرابع ، فإن الإستراتيجيات التي تضلل السوق تميل إلى تأييد التأمين العام الممول بالضرائب وتديره وكالات من الولايات أو وكالات وطنية ، فيما تعتمد الإستراتيجيات التي تعظم السوق على شركات التأمين الخاصة للتعهد بالمنافع ، ويكون تمويلها من خلال الأقساط . وقد اختير هذا التفرع المتضارب (dichotomy) لتوضيح الفروقات الحرجة التي هي محور حوار السياسة على التأمين الصحي الشامل (UHI) . تقارن المقترحات ، بالأخذ بالاعتبار لكل أسلوب ، إذا كانت إستراتيجيته التي تعظم أو تضلل السوق ، هي الأكثر احتمالاً بأن تحقق أهداف الفعالية والكفاءة والإنصاف .

### وصف وتقييم المقترحات :

مقترحات التأمين الصحي التي ستراجع هي : برنامج الصحة الوطني (Pro-gram National Health) وهو أسلوب يُضلل السوق مبني على أساس برنامج منفرد تديره الحكومة (Himmelstein et al 1989; Grumbath et al. 1991) ، وبرنامج خيار المستهلك الصحي (Consumer Choice Health Plan) ، وهو أسلوب يعظم السوق ويعتمد على الحوافز المالية والتنافس المقتن لتشجيع الكفاءة والفعالية والإنصاف (Fin- thoven and Kronick 1989a; 1989b; 1991) ، ومقترح لجنة بيبر (Pepper Commission Proposal) الذي يوازن بين الأسلوبين الآخرين ، ويدعو أرباب العمل إلى تقديم التأمين الصحي ، أو دفع ضريبة على الرواتب لتمويل برنامج تديره الحكومة ويسعى إلى تركيبة من التنظيم الحكومي والتنافس التجاري لضبط التكاليف (Pepper Commission 1990) . مع أن هناك تشكيلة من مقترحات التأمين الصحي الشامل ، يروج لها على المستوى الوطني وعلى مستوى الولاية ، إلا أن هذه المقترحات الثلاثة تشمل التوجهات المختلفة المثلثة في الحوار . يحدد الشكل (٩-١) مواقع المقترحات على استمراريات (Continua) متعددة الأبعاد . موضحا سماتها التي تُضلل السوق وبك التي تعظمه . وفيما يلي يتم وصف وتقييم إستراتيجيات كل مقترح . لتناول التدابير الثمانية الأساسية للتأمين الصحي الشامل (انظر الملحق ٢-٧) ، لوجز السمات الرئيسية لكل برنامج .

### الشكل (٩-١) : أبعاد تقويم مقترحات التأمين الصحي الشامل .



ملاحظة :

تظهر الكلمات التالية: الفعالية، والكفاءة، والإنصاف، على طول استمرارية محددة حسب أي المقترحات يتلقى أعلى تقدير للمعيار الخاص بذلك الاستمرارية . ولتظهر تلك الكلمات للمعيار ما . عندما لا يتضح له تقدير على تلك الاستمرارية .

## ١- من يحصل على التغطية ؟

## ٢- كيف تتم تغطيتهم ؟

### الوصف :

نجد على الجهة اليمنى فى الشكل (١-٩) ، النظام الذى يُضنل السوق والذى اقترحه برنامج الصحة الوطنى (NHPP) ، وفى هذا البرنامج يسجل الجميع فى خطة تأمينية تديرها الحكومة أو وسطاؤها . وتمنع شركات التأمين من بيع التأمين للخدمات التى يقدمها البرنامج الحكومى . وعلى يسار الشكل (١-٩) يوجد برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) الذى يعظم السوق والذى يشرع التأمين الذى يموله أرباب العمل ، أو الضرائب على الأعمال التجارية . وتدابير ضرائبية وأنظمة تأمين لتعزيز السوق ، واستمرار برامج مديكىد و مديكير ونظام المستندات (Voucher) ، ويمكن الفقراء من غير المستفيدين من مديكىد ومديكير ، من شراء التأمين الخاص . وفى وسط الشكل يقع مقترح لجنة بيير (PCP) الذى يشرع التأمين الذى يموله أرباب العمل أو ضريبة للتأمين الصحى على المؤسسات التجارية الكبرى . وحوافز مالية قوية لتغطية موظفى المؤسسات التجارية الصغيرة . وبرنامج تأمين وطنى منفرد لمن هم خارج القوى العاملة . يضمن برنامج الصحة الوطنى (NHPP) التغطية للسكان جميعا . باستبدال تأمين الخدمات الصحية بواسطة أرباب العمل ببرنامج حكومى منفرد . فيما يضمن المقترحان الآخران التغطية فى برنامج وطنى لمجموعات معينة . ويوفر إعانات مالية ، وحوافز ضريبية للآخرين لتشجيع الشراء . التطوعى للتأمين الخاص . وفى برنامج لجنة بيير (PCP) يجب على أرباب العمل الذين يوظف كل منهم أكثر من مئة موظف ، أن يوفر لهم التأمين الصحى أو يضطر إلى دفع ضريبة على رواتب الموظفين . ويتم تشجيع المؤسسات التجارية الصغيرة على تغطية موظفيها باستخدام الحوافز ، وإصلاح التأمين للمجموعات الصغيرة . ويغطى غير الموظفين وأصحاب الأعمال الحرة بواسطة برنامج يدار من قبل الحكومة الفدرالية . الذى يحل محل مديكىد .

أما برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) فهو أكثر تحديدا وأكثر تطوعية إذ تتم تغطية الموظفين بواسطة أرباب العمل أو برامج تدعمها الحكومة . ويتم تغطية غير الموظفين من خلال الدعم الحكومى أو مديكير أو مديكىد . وتعتمد التغطية الفعلية على

الخيارات الفردية بالاستجابة للحوافز الضريبية ، ومدى نظام الوسطاء الحكوميين في تسويق برامجهم .

### التقويم :

**الفعالية :** تشير بيانات الوفيات من البلاد التي لديها نظام صحي وطني ، مثل المملكة المتحدة ، أن جميع فئات المجتمع تستفيد من التغطية الشاملة . وتبين هذه البيانات أن استخدام الخدمات الصحية قد ارتفع لجميع الفئات ، وأن جميع أنواع الوفيات قد انخفضت على مر الزمن ، إلا أن التفاوت في قياسات صحة السكان بين الذين هم في أدنى فئات المجتمع والذين هم في أعلى الفئات يبقى كما هو أو يزداد (Hollingsworth 1981) . تحوى هذه النتائج تضمينين ، فمن جهة ، تؤكد أن التغطية الشاملة تساهم نحو هدف تحسين صحة السكان . ومن جهة أخرى تشير إلى أن أسلوباً أكثر تركيزاً لتغطية الرعاية الطبية ، وهو ذلك الذي يدعم المجموعات ذات الدخول المتدنية ، قد يكون ضرورياً لسد الفجوة بين المستوى الصحي للمجموعات ذات الدخول المنخفضة والمجموعات ذات الدخول المرتفعة .

هناك بعض الغموض في هذا البحث فيما يتعلق بالمقترحات الثلاثة ، إذ يحتل برنامج الصحة الوطني ترتيباً أعلى من المقترحين الآخرين من حيث إمكانية تحسين صحة السكان ككل ، بما أنه يفرض التغطية الشاملة . إلا أن مقترح لجنة بيبير (PCP) وبرنامج خيار المستهلك الصحي (CCHP) قد تكون أكثر احتمالية لسد الفجوة بين الأغنياء والفقراء ، بتبني الأسلوب الأكثر تركيزاً لدعم تغطية المجموعات ذات الدخول المتدنية أكثر من المجموعات الأخرى .

**الكفاءة :** التغطية التأمينية هي قضية من قضايا جانب الطلب ، وبالتالي فإن لها نتائج لقضية الكفاءة التحصيلية . في أغلب الأسواق ، يستطيع المستهلكون أن يختاروا بحرية شراء منتج ما ، حسب ما يشعرون أنه في مصلحتهم . وعندما تكون السوق تنافسية ، ولا يوجد خارجانيات (Externalities) (تأثيرات سلبية أو إيجابية على طرف ثالث) ، تميل حرية الخيار هذه إلى إنتاج الكفاءة التحصيلية . إلا أنه مع طبيعة الصحة والرعاية الصحية ، وكيف يشعر الناس نحو وصول الآخرين إلى الرعاية



وقت الحاجة إليها ، فإن فرضية عدم وجود الخارجيات تصبح لاغية . هذا ويفرض الأشخاص الذين لا يقدرّون أو يرفضون أن يشتروا التأمين الصحي ، تكاليف على أفراد المجتمع الآخرين . إذ قد يؤجلون الرعاية حتى يصل المرض إلى مرحلة يكون علاجه فيها أكثر تكلفة ، وقد يعتمدون على المصادر العامة للرعاية الصحية بسبب افتقارهم إلى التأمين الصحي أو السبل الأخرى للدفع للرعاية الصحية (Pauly et al 1992) . هكذا يكون بالإمكان تعزيز الكفاءة التحصيلية ، بتسريع التغطية التأمينية أو تقديمها حكومياً ، للخدمات التي تثبت فعاليتها . إلا أن التسعير الذي يتم خلال القطاع العام تحت نظام ممول منفرد ، ومدار حكومياً قد يؤدي إلى كفاءة إجمالية أعظم .

يسعى كل مقترح إلى تحقيق التغطية الشاملة للرعاية الصحية ، إلا أن برنامج الصحة الوطني (NHP) هو الوحيد الذي يشرع التغطية للسكان قانونياً ، ويستخدم مقترح لجنة بيبير (PCP) وبرنامج خيار المستهلك الصحي تشريعات لرباب العمل وحوافز ضريبية للموظفين وإعانات حكومية كبيرة لنوى الدخول المتدنية . وغير الموظفين لتشجيع الانخراط في برامج التأمين المؤهلة .

**الإنصاف :** حسب معيار «عدالة فرصة الوصول إلى الرعاية» تعتبر المقترحات التي تغطي الجميع بنمط متشابه ، أكثرها عدالة لأنها تضمن التفاوت في أنواع ومدى التغطية ، والفروقات الناتجة عن ذلك . التي وثق وجودها كثيراً وخاصة بين المغطيين بالتأمين العام . وأولئك المغطيين بالتأمين الخاص .

إضافة إلى ذلك فإن نشر طرق التغطية الأكثر شمولية يقلل نزعة سوق التأمين الخاص المتزايدة في استثناء ، أو الحد من تغطية الأشخاص ، أصحاب المخاطر المرتفعة ، الذين هم أكثر احتمالية باحتياج التأمين .

يحتل برنامج الصحة الوطني (NHP) المركز الأول على معيار «المعاملة المتشابهة» لأن هذا المقترح يعامل الجميع بالتساوي من حيث التغطية التأمينية . ويحتل برنامج خيار المستهلك الصحي (CCHP) المركز الأخير على هذا المعيار .

يوفر مقترح برنامج الصحة الوطني تغطية متشابهة وشاملة . تسجل الجميع في برنامج تأمين وطني منفرد ، فيما يستمر مقترح برنامج لجنة بيبير (PCP) ومقترح

برنامج خيار المستهلك الصحي (CCHP) على تشجيع ازواجية النظامين العام والخاص لتغطية الرعاية . ومع ذلك تُوفّر كل هذه المقترحات معياراً أساسياً أدنى من التغطية .

## ٢- ماهو أساس تمديد التغطية التأمينية ؟

### الوصف :

إن استقلالية المستهلك ، كما اتضح في قرارات السوق ، هي الإستراتيجية التي تعظم السوق ، وهي المستخدمة لتحديد تغطية الخدمات الصحية تحت برنامج «خيار المستهلك الصحي» (CCHP) ، ويحدد مقدار إعانات أرباب العمل على أساس تكلفة مجموعة خدمات أساسية تفي بالحد الأدنى من الاحتياج ، شبيهة بتلك المشتملة في قانون منظمات الحفاظ على الصحة (HMO Act) وهي الرعاية الحادة (Acute Care) ، وعلاج إدمان الكحول والمخدرات والرعاية المنزلية (Home Care) ، وخدمات وقائية محددة ، وخدمات معينة من خدمات الصحة العقلية . ويسمح للأفراد باختيار برنامج التغطية الأدنى أو برنامج آخر أكثر تكلفة ليقى باحتياجاتهم .

تعتمد الرؤية المنافسة على معايير الاحتياج التي أقرها المختصون والمجتمع لتحديد مجموعة من الخدمات الصحية للجميع . وينعكس هذا الأسلوب في برنامج الصحة الوطني (NHP) حيث يحدد الخبراء جميع الخدمات «الضرورية طبياً» التي يجب أن تتم تغطيتها وتشمل : الرعاية الحادة (Acute care) ، وخدمات إعادة التأهيل (Re-habilitation) ، والأدوية الموصوفة طبياً ، والرعاية طويلة المدى والرعاية المنزلية وخدمات الصحة العقلية ورعاية الأسنان وخدمات الصحة المهنية والإمدادات الطبية (Medical Supplies) ، والإجراءات الوقائية وإجراءات الصحة العامة .

تحت برنامج لجنة بيبير (PCP) يجب أن تفي برامج التأمين التي يقدمها أرباب العمل ، والبرنامج الوطني «بمتطلبات المنافع الدنيا» التي عُرِفَت على أنها شبيهة بالتغطية التي يقدمها أرباب العمل حالياً ، إلا أنها أقل سخاءً منها ، ويتوفر برامج أكثر تكلفة أيضاً .

## الخطويم :

**الفعالية :** بإدراك أن البحوث التي تبين أن الرعاية الطبية تساهم مساهمة متواضعة نحو صحة السكان ، يشير المنظور السكاني عن الفعالية أن المجتمع يحد من استخدام الموارد للرعاية الطبية ويزيد مستوى الاستثمار في الخدمات الأخرى المعززة للصحة .

وقد تشمل السياسات المبنية على هذا المنظور التوسع في دعم مايلي : حماية الصحة (مثل : ضبط المواد السامة والسلامة المهنية وإضافة الفلورايد لمصادر مياه المجتمع وضبط الأمراض المعدية) ، وتعزيز الصحة (مثل : التوقف عن التدخين وتخفيض استخدام الكحول والمخدرات وتحسين التغذية وممارسة الرياضة واللباقة البدنية) ، والاستثمارات في البحوث والتثقيف عن العوامل البيئية ، وعوامل أسلوب الحياة المرتبطة بالصحة ، والاستثمارات في الخدمات الصحية الوقائية (مثل : تنظيم الأسرة ورعاية ما قبل الولادة ورعاية الطفولة ، والتحصين وخدمات الأمراض التناسلية) .

فيما تتناول مقترحات التأمين الصحي الشامل (UHI) بعض النتائج المحددة للبحوث المتعلقة بفعالية الرعاية الطبية ، إلا أنها تقدم القليل فيما يتعلق بالحد من حجم النظام الكلي ، والاستثمار في النشاطات الوقائية (Preventive) ، والحمائية (Protective) ، والتعزيزية (Promotive) .

يملى منظور الفعالية السريرية أن يغطي التأمين الصحي تلك الخدمات التي ثبتت فعاليتها في تخفيض المرضية (Morbidity) والوفيات في السكان . مع ضرورة إجراء المزيد من البحوث ، إلا أنه بالإمكان تطوير أدلة ملائمة الرعاية لحوالي مئتين من الإجراءات الطبية التي تشكل جل الممارسة الطبية (Brook 1991) . من الناحية المثالية ، يجب أن تقدم الولايات المتحدة برنامجاً تأمينياً يغطي الرعاية «الضرورية» للجميع . ويقصر برنامج خيار المستهلك الصحي (CCHP) ، وبرنامج لجنة بيبير (PCP) عن هذا المعيار ، وذلك بتحديد التغطية الأساسية من واقع البرامج الموجودة حالياً ، ويعتمد الأول على البرامج التجارية العادية ، ويعتمد الثاني على برامج منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) . يكون برنامج الصحة الوطني (NHP) أكثر البرامج احتمالية أن يوجه

النظام نحو تمويل تقديم الرعاية الملائمة ، بما أن تدابير التغطية تكون على أساس إثبات الملاحة ، ويُقترح آليات رسمية (مجالس المراجعة الطبية) (Medical Review Boards) لضمان توافق أنماط الممارسة مع معايير الملاحة المتفق عليها . إضافة إلى ذلك فقد ثبت نجاح أساليب ضبط التكاليف وجدول الرسوم والميزانيات الشاملة ، التي يقترحها برنامج الصحة الوطني (NHP) في البلاد الأخرى . وهكذا فإن هذا المقترح قد يكون أكثر نجاحاً في احتواء التكاليف وتوفير الرأسمال للاستثمارات في برامج هيكلية وسلوكية أخرى ، التي قد يكون لها التأثير الأكبر على الصحة .

**الكفاءة :** يعتمد خيار التغطية على توجه القيمة (Value Orientation) ، إذ يختلف الناس عامة في تفضيلاتهم للمجازفة والتغطية التأمينية . فكما أشير إليه سابقاً ، فإن هذه التفضيلات قد تؤدي إلى قرارات تفرض بعض التكاليف على الآخرين . كنتيجة لذلك ، فبالنسبة للخدمات التي تفي بالاحتياجات الأساسية ، فإنها يجب أن تُضلل دور تفضيلات المستهلك . إلا أنه بالنسبة للخدمات التي تفوق أدنى حد أساسي ، فيجب أخذ تفضيلات المستهلك بالاعتبار من أجل تحقيق الكفاءة التخصيصية . يُعنى أسلوب الرعاية الذي يَضلل السوق على أساس مفهوم الاحتياج كما حدده أخصائيو الصحة . والهدف هو إشباع أعظم احتياج ممكن مع الموارد المتاحة . وبرنامج الصحة الوطني (NHP) هو أسلوب مبني على الاحتياج ، من أساليب التغطية الشاملة ، في حين يوازن برنامج لجنة بيبير (PCP) وبرنامج خيار المستهلك الصحي (CCHP) بين الاحتياج والطلب في تحديد نوع ودرجة التغطية التأمينية ، ويوفر برنامج خيار المستهلك الصحي أوضح الأنوار تحديداً للمستهلك في تقرير احتياجاته ، والشكل المستقبلي لنظام الرعاية الصحية .

**الإتصاف :** لعبت بحوث الخدمات الصحية دوراً في تقييم أنواع الخدمات والرعاية الضرورية لتحسين النتائج الصحية ، ولازالت كذلك . ويميز المجموعة الجوهرية من المنافع الأساسية الدنيا المقبولة (Decent Basic Minimum) السلسلة الاستمرارية من الرعاية الوقائية والرعاية الحادة والرعاية طويلة المدى ، المطلوبة للوفاء باحتياجات الرعاية الطبية . تتفاوت المنافع المقدمة في البرامج المختلفة تفاوتاً كبيراً فيما يتعلق بمدى وعمق التغطية . وتسلم المقترحات الثلاثة جميعاً بأهمية البحوث الموجهة للنتائج

والفعالية ، وتشجيعها . عدا عن التوسع الواضح فى تغطية الخدمات الوقائية فى كل من المقترحات ، لا يبدو أن أياً منها يميز بوضوح الخدمات الأكثر فعالية .

يقترح برنامج خيار المستهلك الصحي (CCHP) مجموعة من المنافع هى الأكثر تقييداً ، فيما يقترح برنامج لجنة بيبر (PCP) المجموعة من المنافع الأكثر شمولية . ويوفر برنامج الصحة الوطنى (NHP) مجموعة من الخدمات الأساسية الدنيا المقبولة ، الأكثر احتمالية للنجاح ، هذه المجموعة مبنية على أساس الاحتياج بتغطية الخدمات التى اعتبرت ضرورية طبياً والتى يفترض أن تشتمل على الرعاية الوقائية والرعاية طويلة المدى ، إلا أن طبيعة المنافع لم تحدد بالضبط بعد .

#### ٤- ماهو أسس تحديد أساليب الدفع والأسعار ؟

الوصف :

تتراوح منهجيات تحديد أساليب الدفع ، من تلك المحددة حكومياً وهى الأسعار المنتظمة للمدفوعات ، والميزانيات الشاملة ، إلى مجموعة من الأساليب التى تنتج عن التنافس بين المؤسسات التأمينية . يقترح برنامج الصحة الوطنى (NHP) أن تحدد الحكومة حدود الإنفاق بالتعاون مع مقدمى الخدمة . على المستوى الوطنى ومستوى الولاية ، يدفع للأطباء على أساس الرسوم مقابل الخدمة . ويتم التفاوض على قائمة الرسوم سنوياً . ويتلقى مقدمو الخدمة مثل : المستشفيات وبور المسنين والعيادات والعيادات الجماعية ومؤسسات الرعاية المنزلية ، ميزانيات يتم التفاوض عليها سنوياً مع مجلس مدفوعات الصحة الوطنى لكل ولاية . أما تحت برنامج لجنة بيبر (PCP) فيتم التوسع فى سياسات مديكر للدفع للمستشفيات والأطباء حتى ينطبق على شريحة أوسع من السكان . ويتم الدفع لمقدمى الخدمة تحت برنامج خيار المستهلك الصحي (CCHP) بطرق مختلفة حسب استنساب البرامج الصحية المتنافسة . يتبنا مؤلفو برنامج خيار المستهلك الصحي أن البرامج التنافسية ستبنى أساليب مبنية على أساس الأداء ، ونقع بين الرسوم مقابل الخدمة والرسوم المقطوعة .

## التلخيص :

**الفعالية :** إذا كانت الأدلة الطبية مستخدم لجعل الرعاية أكثر فاعلية ، فإن البحث السابق ، يقترح أن تغيير سلوك مقدمي الخدمة يتطلب التثقيف والحوافز المالية . وقد تشمل الحوافز المالية عدم تعويض الخدمات غير الملائمة أو المشكوك في فعاليتها ، أو مكافأة تقديم الرعاية الملائمة . ومن المؤسف عدم تناول أى من المقترحات بوضوح فى قضية توفير مدفوعات تحفيزية لتشجيع تقديم الرعاية الملائمة . مع أن برنامج خيار المستهلك الصحي (CCHP) يستدعى تقدير النتائج حسب النموذج السائد ، ويقترح أسلوباً للرعاية المدبرة مع إمكانية تطبيق مثل هذه الحوافز . فيما يستدعى برنامج لجنة بيير (PCP) تقدير النتائج وتطوير أدلة الممارسة ، إلا أنه يهمل الحوافز المالية . وسوف يركز برنامج الصحة الوطنى (NHP) على الإدارة واسعة النطاق (Macromanagement) لطاقة الإنتاج القصوى والميزانية على مستوى النظام أولاً ، ثم بعد تطبيق ذلك بنجاح يدير الانتباه إلى القضايا المتعلقة بالنتائج السريرية .

**الكفاءة :** قد يقع كل من النظام المتجه إلى السوق والنظام غير المتجه إلى السوق لمقدمي الخدمة ، بعدة طرق مختلفة بما فيها الرسوم مقابل الخدمة ، والميزانيات والرسوم المقطوعة والرواتب ، وتمثل المدفوعات ، آليات ، مع أنها على مستويات مختلفة من تجمع الخدمات . والقضية الفعلية هي كيف تحدد الأسعار ومتى تعدل للاستجابة للتغيرات فى مدى ندرة الموارد وتقضيات المستهلك . وقد تحدد الأسعار من جانب واحد من خلال تشريع حكومى ، أو من خلال مفاوضات ثنائية بين الممولين ومقدمي الخدمة . أو من خلال التفاعل بين قوى العرض والطلب فى الأسواق المحلية . فمرونة الأسعار هي العنصر الأساسى فى النظم المتجهة إلى السوق . ويتوفر تنالوب أفضل بين السعر والجودة ، يستطيع مقدمو الخدمة اجتذاب المستهلك ، وبذلك يزيئون الأرباح ، على حساب منافسيهم . وباتخاذ خيارات على أساس النوعيات والأسعار المتاحة ، يستطيع المستهلكون أن يسيروا إلى مايعظم صالحهم ومايقدرن ويرغبون فى دفعه .

من المشكلات الرئيسية فى الاعتماد على الأسعار التى يحددها السوق ، ما إذا كان عدد كاف من المستهلكين وموكلهم - من الممولين الحكوميين أو أرباب العمل - يستطيعون أن يعلموا مايكفى عن سمات النوعية والفعالية للرعاية الصحية لكى

يتخذون خيارات جيدة . إضافة إلى ذلك ، عندما تكون الخدمات مؤمنة ، يُستعمل المستهلكون لشراء كمية من الخدمات أكثر من المستوى الأمثل ، أى أنهم ، يستهلكون أكثر مما ينبغي من الخدمات مع منفعة هامشية منخفضة ، لأن السعر الذى يدفعه المستهلك يكون بمستوى الصفر أو قريبه .

تحت نظام تسعير تحدده الحكومة ، لاتكون الأسعار عادة مرنة لفترات طويلة من الزمن ، وقد لاتمت بآلية صلة لتفضيلات واحتياجات المستهلكين ، دائمة التغير . وللايوجد حوافز لمقدمى الرعاية لتخفيض الأسعار ليجتنبوا المزيد من المرضى ، مع أنهم قد يقدمون خدمات ذات نوعية أفضل ، مقابل نفس السعر الذى يحدد مركزياً .

تشير الخبرة إلى عدم وجود نظام مثالى لتسعير الخدمات الصحية . فيما توفر أغلب البلاد الغربية المتقدمة ، باستثناء الولايات المتحدة ، درجة من ضبط الأسعار ، تستثمر بالبحث عن سبل أفضل لرفع الكفاءة ولإشباع الطلبات المتزايدة لكل من مقدمى الخدمة والمرضى . وتدرج بلاد عديدة منها المملكة المتحدة ونيوزيلندا وهولندا ، بعض آليات السوق ضمن نظم الرعاية الصحية الشاملة لديها . ولازال الوقت مبكراً للحكم على النتائج وكيف تقارن مع صيغ القيادة والضبط (Command and Control) من التنظيم (مثل : الميزانيات الشاملة والرسوم المتفاوضة وضبط رأس المال) .

نستنتج للمقترحات المدروسة للتطبيق فى الولايات المتحدة أن الكفاءة هى نتيجة غير مؤكدة وغامضة لكل من المقترحات الثلاثة . ومن المؤسف أن ينتهى الأمر إلى سؤال ، أى المقترحات يُعتقد أنه المقترح الأكثر ملاءمة لبيئة الولايات المتحدة ؟ .

يعتبر برنامج الصحة الوطنى (NHP) ، الرعاية الصحية مثل : خدمة عامة فيؤسس أسعار وميزانيات مدارة . فيما يفضل خيار المستهلك الصحى (CCHP) نظم الرعاية المدبرة مثل : منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) ، ويترك تحديد الأسعار للسوق ، ضمن أثلة التأمين الصارمة لتحديد الأسعار ، ومجموعة المنافع الأساسية . ويشجع برنامج لجنة بيبير (PCP) تنافس السوق للبرامج التأمينية الخاصة ، وضبط التكاليف ، الذى طوره مديكر للبرامج العامة الموسعة . فالرعاية المدبرة هى إذاً عنصر هام فى كل من القطاع العام والخاص .

**الإتصاف :** يتصل معيار المعاملة المتشابهة فيما يتعلق بكيفية تعويض مقدمى الخدمة بما يلى :

- (١) استخدام نفس معدل التعويض بغض النظر عن يدفع للرعاية (المؤسسات التأمينية الخاصة مقابل المؤسسات العامة على سبيل المثال) .
- (٢) الحد من التعويض أو تحديد سقف له لجميع مقدمى الخدمة .

من العضلات الرئيسية التى برزت مع نظام التمويل متعدد الطبقات هى أسعار التعويض المتفاوتة لمقدمى الخدمة ، من الممولين المختلفين . فكما ذكر فى فصول سابقة فإن قيمة تعويض مديكى فى بعض الولايات أقل بكثير من تلك التى للتأمين الخاص ، مما أدى إلى انخفاض جذرى فى مقدمى الخدمة الراغبين فى علاج مرضى مديكى .

تستخدم نظم الرعاية الطبية ، فى بلاد أخرى مثل : كندا ، أساليب تميل إلى النطاق الواسع أكثر منها إلى النطاق البقيق ، لتقييد التعويض ، وذلك من خلال مفاوضة الميزانيات الشاملة وقوائم الرسوم مع مقدمى الخدمة وتقييد الاعتمادات المتاحة للإنفاق المالى على المرافق والمعدات . إلا أن الافتراض الأساسى لهذه الأساليب ، وغيرها من أساليب الحد من التعويض هو أن مقدمى الخدمة (وخاصة الأطباء) وليس المرضى ، هم الذين يخلقون الطلب على الخدمات الطبية المكلفة (التتويم والإجراءات ذات التقنية العالية والاختبارات والمستحضرات الصيدلانية وغيرها) . وقد يكون هناك احتياج لحوافز احتواء التكاليف على المستوى البقيق لمقدمى الخدمة أيضاً . إلا أنه إذا أُريد تطبيق هذه الحوافز بعدالة ، من واقع معايير المعاملة المتشابهة ، فيجب تطبيقها على جميع الممولين الذين يعوضون مقدمى الخدمة عن الرعاية . وإلا ستبقى الحوافز كما هى عليه الآن لمقدمى الخدمة لرعاية من يستطيع دفع السعر ورفض تقنين الرعاية لغيرهم ، وأغلب هؤلاء هم الأكثر مرضاً والأكثر عرضة للمرض . (انظر النقاش عن احتواء التكاليف بنظم جميع الممولين بالنسبة لنقاش الكفاءة للمعيار الثامن) . إن أفضل من ينفذ معايير المعاملة المتشابهة لتعويض مقدم الخدمة هو مقترح برنامج الصحة الوطنى (NHP) . وعلى النقيض فإن برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) يشجع التفاوت ، الذى يحدده السوق ، بين رسوم وسقوف الإنفاق لتعويض مقدمى



الخدمة بين البرامج التأمينية . فيما يبقى برنامج لجنة بيبر (PCP) الاختلاف في النظام الحالي المتنوع لتعويض مقدمي الخدمة ، الذي يتطلب قوانين مديكر لتعويض مقدمي الخدمة للمشاركين في البرنامج الحكومي ولكنه لايفرض أى قيود على المؤمنين بالتأمين الخاص .

### هـ- ماهو مدى دفعات المستهلك الملائمة ؟

الوصف :

تحت نظام برنامج الصحة الوطني (NHP) الذي يفضّل السوق ، لا يوجد دفعات ملازمة (Copayments) ولا مبالغ مقطوعة (Deductibles) . وتلعب التكاليف التي يدفعها المستهلك مباشرة (out-of-pocket) دوراً هاماً في الأسلوب الذي يعظم السوق ، إذ يدفع المستهلك أقساطاً أكبر ليشترك في برامج تأمينية أكثر تكلفة وأكثر تكاليف مباشرة يدفعها المستهلك ويدفع تأميناً مشتركاً أكبر للخدمات الصحية التي ينالها . يشمل برنامج لجنة بيبر (PCP) تكاليف مباشرة (٢٥٠ دولاراً للفرد و ٥٠٠ دولار للأسرة) ويشمل كذلك تأميناً مشتركاً (٢٠٪) للخدمات الأساسية و ٥٠٪ لخدمات الصحة النفسية) وذلك حسب القدرة على الدفع . ولا يدفع الناس الذين يقعون تحت مستوى الفاقة أقساطاً ولا دفعات مباشرة ولا أقساط التأمين المشترك . ويكون هناك إعانات محدودة لنوى الدخل المتدنية التي تصل إلى ضعف مستوى الفاقة . يقترح برنامج خيار المستهلك الصحي دفعات مباشرة قد تصل إلى ٢٥٠ دولاراً للشخص وتأمين مشترك بواقع (٢٠٪) لنوى الدخل المتوسطة والمتقدمة . ويدفع الأشخاص الذين يختارون البرامج ذات التكلفة المرتفعة ، أقساطاً أعلى . كما سوف تُبَتَّ الإعانات التي يدفعها أرباب العمل للأقساط ، على (٨٠٪) من تكلفة برنامج «الحد الأدنى الأساسي» ويتم دفع إعانات المدفوعات الملائمة للأقساط على أساس متدرج لنوى الدخل المتدنية .

التحويم :

**الفعالية :** تخفض الدفعات الملائمة استخدام الخدمات الصحية و منافعها تفاوتياً لنوى الدخل المختلفة . فقد وجد في تجربة راند (RAND) للتأمين الصحي أن الرعاية

« المجانية » لم تؤد إلى تحسين المستوى الصحي للشخص العادي ، بالمقارنة مع الذين لديهم دفعات ملازمة أعلى ، واستخدام أقل للخدمات . وتشير هذه النتائج إلى أن المشاركة في التكلفة قد تقن الرعاية غير الملائمة ، الناتجة عن استخدام الخدمات الزائد ، من قبل الطبقة المتوسطة والطبقة العليا من المجتمع . إلا أنه بالنسبة للأشخاص ذوي الدخول المتدنية الذين كانوا أصلاً مرضى ، أدت الرعاية المجانية إلى تحسن في تنظيم ضغط الدم وحدة البصر بالمقارنة مع مجموعة الدفعات الملائمة (Manning etal 1987) . وتقترح هذه النتائج أسلوباً موجهاً للدفعات الملائمة تحت التأمين الصحي الشامل (UHI) (انظر النقاش المتعلق بالمعيار الأول أعلاه) .

يقع برنامج الصحة الوطني (NHP) في مرتبة نون الاقتراحين الآخرين في تناول هذه القضية لأنه يزيل الدفعات الملائمة عن جميع السكان . فيما يتبنى برنامج لجنة بيير (PCP) وبرنامج خيار المستهلك الصحي (CCHP) أسلوباً أكثر توجيهاً بربط الدفعات الملائمة بالدخل .

**الكفاءة :** صُممت الدفعات الملائمة لجعل المرضى أكثر حساسية نحو تكلفة الرعاية الطبية ولتقليص تكاليف المعاملات المرتبطة بالدعاوى القضائية الصغيرة . ويفترض أن تساعد هاتان النتيجةتان على كبح الخسائر المتوقعة ، وبذلك تساعد على تخفيض الأقساط المرتبطة بسندات التأمين . تؤثر الدفعات الملائمة على جانب الطلب من سوق الرعاية الطبية ؛ ولذا يتوقع أن تؤثر في الكفاءة التحصيلية . يميل التأمين إلى تخفيض سعر الخدمة إلى أقل من تكلفتها الاجتماعية ؛ ولذا يستحث المستهلكين على استخدام خدمات ذات تكلفة اجتماعية هامة أعظم من منفعتها الهامشية مما يؤدي إلى خسارة في الصالح العام للمجتمع . وتعوض الدفعات الملائمة السعر فيما تحمي المستهلك من خسائر أبعد من حدودها . ويجب وزن قيمة الدفعات الملائمة بالخسائر المحتملة المرتبطة بتخفيض الحماية ضد المخاطرة والنتائج الصحية السلبية المرتبطة بتأجيل أو تخفيض استخدام الخدمات الصحية .

أظهرت تجربة راند (RAND) للتأمين الصحي أن الدفعات الملائمة لها تأثير جوهري على استخدام وإنفاق الرعاية الصحية . وقد قدرت خسائر الصالح العام

المرتبطة مع الدفعات الملازمة بفحص الدرجة التي تستحث فيها "أسعار الصفر" (لاندفاعات ملازمة) المرضى على استهلاك الخدمات إلى ما بعد النقطة التي تعادل فيها منفعة الخدمة الهامشية تكلفتها الهامشية . وكما وصف في الفصل الرابع فقد وثقت النتائج خسائر جوهريّة في الصالح العام من تغطية «الدولار الأول» التي لا يرافقها أى مدفوعات من قبل المستهلك . وهكذا يشير البرهان إلى أن انعدام الدفعات الملازمة قد تقود المستهلك العادى إلى استخدامات كبيرة للرعاية غير الضرورية . إلا أنه قد يكون من الحكمة تضييل الدفعات الملازمة للأسر متدنية الدخل ، خاصة عند الأخذ بالاعتبار ، العوائق الأخرى التي قد تواجههم في الحصول على خدمات الرعاية . يُسمح لكل من برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) وبرنامج لجنة بيير (PCP) باستخدام الدفعات الملازمة في هيكلة سندات التأمين ، مع تحديد سقف للمدفوعات الملازمة السنوية ، كما يُفَع في هذين المقترحين إعانات لنوى الدخل المتدنية لمعاييتهم من النتائج السلبية للدفعات الملازمة . ويحذو برنامج الصحة الوطنى (NHP) حذو النموذج الكندى بعدم استخدام الدفعات الملازمة ، لذا فإن هذا المقترح لا يُفضل بقدر المقترحين الآخرين وفق هذا المعيار .

**الإنصاف :** تقع أعباء التكلفة المباشرة تقليدياً على السكان نوى الدخل المتدنية ، الذين قد يمثل لهم ، حتى الإنفاق القليل نسبياً ، جزءاً كبيراً من مواردهم المالية . ويشير الدليل من تجربة راند (RAND) للتأمين الصحى ، أن زيادة مشاركة التكلفة قد تقطن الرعاية الفعالة إضافة إلى الرعاية الأقل فعالية ، وقد تؤثر تفاوتياً كذلك على إمكانية الوصول إلى الرعاية لأشد الناس احتياجاً لها أو لأقل الناس تحملاً لتكاليفها .

يقترح برنامج الصحة الوطنى عبئاً أنى من المدفوعات المباشرة على المستهلك ، فيما يشرع برنامج خيار المستهلك الصحى أن يدفع المستهلكون (٢٠٪) من أقساط البرنامج الأساسى لحث المستهلكين على اتخاذ خيارات واعية بالتكلفة بين البرامج المتاحة ، ويفرض سقفاً على المدفوعات المباشرة مثلما يفرض برنامج لجنة بيير كذلك سقفاً على ما يُتوقع أن يدفع المستهلك من الدفعات المباشرة .

## ٦- كيف يتم تمويله ؟

## الوصف :

تتم جميع عمليات التمويل من خلال ضرائب مؤسساتية وشخصية فى برنامج الصحة الوطنى الذى يضلل السوق . أما المقترحان الآخران فيمولان فى المقام الأول من خلال أقساط أرباب العمل ومن الموظفين والنفقات المباشرة . إذ يدفع أرباب العمل ، تحت برنامج لجنة بيبر ، (٨٠٪) من أقساط الموظفين المؤمنين ، أو ضريبة مساوية لذلك على جدول الرواتب لدعم برامج التأمين الفدرالية . ويدفع الموظفون (٢٠٪) ، كحد أقصى ، من أقساط التأمين للبرامج الحكومية ، أو بإمكانهم اختيار التأمين الخاص . ويدفع الأشخاص غير المؤمن عليهم من خلال وظائفهم التكلفة الكاملة للبرنامج الحكومى ، حسب قدرتهم على الدفع . وتحت برنامج خيار المستهلك الصحى ، يدفع أرباب العمل والممولون الحكوميون (٨٠٪) من أقساط برنامج تأمين صحى أساسى أدنى . ويدفع الشخص المؤمن ، أو الأسرة المؤمنة ، الفرق بين مساهمة رب العمل أو الممول ، وتكلفة البرنامج التأمينى الذى يختارونه . يدفع أرباب العمل ضريبة على جدول الرواتب بواقع (٨٪) ، إلى حد ٢٢٥٠٠ دولار ، للموظفين المنخرطين فى برامج ممولة حكومياً ، ويجب على الموظفين الذين يختارون البرنامج ، أن يدفعوا الفرق بين مساهمة مموليهم ، وتكلفة البرنامج الذى يختارونه . ويدفع أصحاب الأعمال الحرة ، وغير الموظفين الذين ترتفع دخولهم عن مستوى الفاقة ضريبة دخل بمعدل (٨٪) لدعم البرامج الممولة حكومياً .

## التنويم :

**الفعالية :** قد يجادل المنظور السكانى للفعالية من أجل أسلوب التمويل الأكثر احتمالية لتعظيم صحة السكان ككل ، فيما يجادل المنظور السريرى من أجل النظام الذى يضمن تقديم الرعاية الأكثر فعالية . وقد تمت سابقاً مناقشة الأسس المفاهيمية والتجريبية التى تحدد أى المقترحات المعينة ، هى الأكثر احتمالية لضمان هذه النتائج . لا يستطيع منظور الفعالية ، إجمالاً ، أن يتبنى تلك المقترحات المحددة بسبب عدم التيقن من الآثار النافعة المحتملة من أسلوب تمويل كل منها .

**الكفاءة :** تمول الخدمات الصحية بالضرائب أو بإقساط التأمين والدفعات الملزمة ، أو بمزيج ما من هذه المصادر . تكون الضرائب تقليدياً تصاعدياً فيما يتعلق بالدخل ولا علاقة لها بحالة الفرد الصحية أو باستخدام الرعاية الصحية . وتُسعر أقساط التأمين إما وفق المجتمع (Community-Rated) ، أو وفق التجربة (Experience-rated) ، وتتساوى الأقساط المسعرة وفق المجتمع لنفس المنافع لجميع أفراد المجتمع ، بينما تعتمد الأقساط المسعرة وفق التجربة على استخدام الرعاية الصحية للأفراد أو المجموعات . لو كان التأمين ، والأقساط المرتبطة به إلزامياً ، لكان هناك فرق قليل جداً بين الضرائب والأقساط ، إلا أن الضرائب ترتبط بمباشرة أكبر ، بالقدرة على الدفع . فالقضية الحقيقية هي بين النظم المسعرة وفق المجتمع وتلك المسعرة وفق التجربة . ويميل النظام الضرائبي إلى كونه مسعراً وفق المجتمع من حيث إن الدفعات لا ترتبط بتجربة استخدام الرعاية الصحية . من إطار استقلالية المستهلك يجادل فلدستين (Feldstein 1988) في أن التسعير وفق المجتمع يكون تخصيصاً لا كفاءة . ففي مثل هذا النظام يُعين الأفراد أو المجموعات منخفضة المخاطرة أفراداً ومجموعات مرتفعة المخاطرة وتعكس أقساط المجتمع أو الضرائب ، متوسط المطالبات المتوقعة ، مع التكاليف الإدارية . ومن المحتمل أن يكون هذا المبلغ أكبر مما يرغب الكثير من المجموعات والأفراد منخفضي المخاطرة في دفعه للتأمين الصحي . وسوف يقرر العديد من هؤلاء الناس عدم شراء التأمين ، وبالتالي سيكونون أسوأ حالاً مما لو استطاعوا شراء أى برنامج تأميني مبني على تكلفة التأمين (أى القيمة التأمينية مع الرسوم الإدارية) .

تحت نظام تسعير المجتمع ، تدفع المجموعات منخفضة المخاطرة ضريبة لتغطية تكلفة تأمين المجموعات مرتفعة المخاطرة . فكما في الأسواق الأخرى يصحّف هذا ، أى القرارات التى يتخذها المستهلكون ، وبذا يشترون أقل مما يكون كفاءةً . ولو فرض عليهم المشاركة ، سوف يستهلك بعض الأشخاص منخفضي المخاطرة خدمة تكون قيمتها أقل من تكلفتها عليهم . وبسبب تفضيلات المستهلك بعدم دفع أكثر من تكلفة الإنتاج ، فإن النظم المسعرة وفق المجتمع تكون مرغوبة أقل ، عندما يكون التركيز على محاولة إيجاد أسواق تأمين صحي تنافسية . ويكون هذا أكثر إشكالاً عندما يكون لدى

المستهلكين تقضيات مختلفة فيما يتعلق بالنافع ومستويات المدفوعات الملزمة . ومن الصعب جداً تصميم تسعيرة وفق المجتمع تكيف مع هذه التقضيات .

وجد جلايسر (Glaser 1991) أن معظم برامج التأمين الصحي التشريعية ، مثل تلك التي في أوريه الغربية وكندا ، تعتمد على ضرائب المرتبات عوضاً عن الأقساط للتمويل .

سُمح مبدئياً للضرائب بالارتفاع لتغطي الزيادات في تكاليف الرعاية الصحية ، ولكن بظهور مشكلات التكلفة والعجز (في الميزانية) في السبعينيات الميلادية ، قيدت الحكومات ازدياد الضرائب للحد من الاعتمادات المالية الموجهة إلى الرعاية الصحية . وقد كان هذا الأسلوب أكثر فعالية في احتواء التكاليف ، من محاولة الولايات المتحدة بتطبيق الإدارة الدقيقة على تكاليف الرعاية الصحية ، في نظام يشمل مئات الممولين ويكون ضبط شامل فعال للريع .

من منظور استقلالية المستهلك ، قد يؤدي التمويل من ضرائب الرواتب إلى تخصيص الموارد ، اللاكف ، للتأمين الصحي وخدمات الرعاية الطبية ، بالمقارنة مع السوق التنافسية التي تسعر التأمين حسب الاستخدام الفعلي . في غياب التأمين التنافسي وسوق الرعاية الصحية العمليين ، توفر ضرائب الرواتب ضبطاً مجتمعياً على الموارد التي توجه إلى الرعاية الصحية ، والتي تكون لونه ، مفرطة ، علماً بهيمنة مقدمي الخدمة . وبهذا توفر نظم ضرائب الرواتب التشريعية كثنائي أفضل حل .

يوفر برنامج الصحة الوطني (NHP) مثل هذا الأسلوب لتمويل الرعاية الصحية ولذلك يحتمل أن يقيّد التكلفة الكلية . إلا أن الأطباء يعطون هذا المقترح حرية كاملة لتخصيص الموارد ضمن القيود واسعة النطاق . ستعتمد الكفاءة التخصيصية على مدى قدرة الأطباء على العمل كوكلاء للمرضى لتعظيم صالحتهم . وبافتراض أن برنامج الصحة الوطني يقترح تغطية التكلفة الشاملة (First-dollar) وبفمات الرسوم مقابل الخدمة للأطباء ، فإن تحقيق الكفاءة تحت ذلك المقترح قد يشكل مشكلة .

يمول برنامج خيار المستهلك الصحي (CCHP) الرعاية الصحية الشاملة بتركيبة من أقساط التأمين الخاص ، والضرائب . ويتطلب تيسر مجموعة معيارية من المنافع

الأساسية ، والاشتراك المفتوح ، والتسعير وفق المجتمع حسب الفئات التأمينية وذلك لتوفير الحوافز للبرامج الصحية لإشراك المجموعات مرتفعة المخاطرة . ولتناول هموم ومشكلات الإنصاف ، تقدم الإعانات للمستفيدين وفق فئاتهم التأمينية . أما الوعد الذي لم يتم إثباته بعد ، هو أن برنامج خيار المستهلك الصحي يخلق سوقاً تنافسياً عملياً للرعاية الصحية ، لديه إمكانية ترك خيار المستهلك يحدد كمية الموارد المنفقة على الرعاية الصحية ونوع الخدمات المقدمة . كما توفر أيضاً حوافز لمقدمي الخدمة ليقبلوا تكلفة الإنتاج . تعتمد الكفاءة إذاً على مدى نجاح النظام متى ماعمل به ، وهذا يصعب قياسه مسبقاً . مع أن برنامج لجنة بيبير (PCP) يصلح ممارسات توقيع سندات التأمين والتسعير وفق درجة المخاطرة (Risk-rating) الشائعة في سوق التأمين الخاص ، ويحول مديكيه من برنامج إنعاش اجتماعي ، إلى برنامج عام يشمل جميع الفقراء ، إلا أنه لايقدم أى إصلاح جوهري لسوق الرعاية الصحية ولايوفر ضوابط شاملة للإنفاق على الرعاية الصحية . يستمر التمويل بتركيبه من أقساط التأمين الخاص في بيئة العمل والضرائب لدعم البرامج العامة . ومع أن البرنامج يشجع خيارات المستهلك بين برامج الرعاية المدبرة ، إلا أن الحوافز الضريبية الأساسية لم تغير لتجعل المستهلكين مدركين وواعين بالتكلفة . تُستخدم الاقتطاعات من الضرائب لدعم تكاليف شراء التأمين في المؤسسات التجارية الصغيرة . وتقتراح لجنة بيبير (Pepper Commission) تركيبة من المصادر الضريبية المحددة والعامة لتمويل البرنامج ولكنها لم تضع توصيات محددة .

**الإنصاف :** المعيار الرئيسي في تقييم عدالة التمويل من حيث المعاملة المتشابهة هو استخدام مشاركة المخاطرة (Risk Sharing) المبني على أساس المجتمع وإسهامات المرضى المتدرجة . ويشير تسعير المجتمع إلى حقيقة أن الأساس لحساب المخاطرة التأمينية ، والآثار الملازمة لها على الأقساط ، تعتمد على المجموعات السكانية العريضة ، عوضاً عن المجموعات السكانية الضيقة . أما تسعير الخبرة فعلى النقيض ، يضع السعر على أساس مجموعة محددة من المؤهلين للخدمة ، ويقدم حوافز لتحديد التأهل والتسجيل للذين يحتمل أن يحتاجوا لأقل الرعاية تكلفة ، وذلك لإبقاء قيمة الأقساط منخفضة . والنتيجة هي أن أكثر الناس حاجة (الذين يعانون من مشكلات صحية خطيرة ، أو بعض المعرضين لها مثل الأشخاص الذين تثبت الفحوصات وجود فيروس

نقص المناعة لديهم) ، هم أكثر الناس احتمالية ليستثنوا ، أو يفرض عليهم الأسعار الباهظة للتغطية التأمينية .

يتصدر برنامج الصحة الوطني (NHP) المجموعة من واقع معيار الشمولية ، ويبدى كل من برنامج لجنة بيبر (PCP) ، وبرنامج الصحة الوطني (NHP) تعهداً لتوسيع الأساس لحساب ومشاركة المخاطر . ويحقق برنامج خيار المستهلك الصحي (CCHP) من حيث معيار الشمولية وتسعير المجتمع - ويوفر مقترح برنامج الصحة الوطني تغطية شاملة مساوية ، حيث يسجل الجميع في برنامج تأمين وطني منفرد . ويستمر برنامج خيار المستهلك الصحي وبرنامج لجنة بيبر في تشجيع ثنائية نظم الرعاية والتغطية التأمينية ، الحكومية والخاصة معاً . كما يقترح برنامج لجنة بيبر أيضاً ، أن يتم إصلاح صناعة التأمين الخاص بحيث يتطلب أقساطه على أساس تسعير المجتمع . ويقترح برنامج خيار المستهلك الصحي كذلك تسعير المجتمع ولكنه يسمح بأسعار مختلفة للمستهلكين مرتفعي المخاطرة . يقترح برنامج الصحة الوطني (NHP) أكثر السبل تقدمية لتمويل الرعاية من خلال ضريبة الرواتب أو ضريبة الدخل أو ضرائب تصاعدية أخرى ، مع أقل عبء ممكن من النفقات المباشرة على المستهلك ، فيما يشرع برنامج خيار المستهلك الصحي بأن يدفع المستهلك (٢٠٪) من قسط البرنامج الأساسي لحت خيارات المستهلك الواعية بالتكلفة بين البرامج المتاحة ، كما يفرض هذا المقترح سقوفاً على الدفعات المباشرة . ويتطلب برنامج لجنة بيبر ، كذلك ، من المستهلك أن يدفع جزءاً من القسط ، ويفرض سقوفاً على ما يتوقع أن يدفعه المستهلك مباشرة لقاء بعض الخدمات الإضافية .

## ٧- كيف يدار ؟

### الوصف :

تتراوح خيارات أسلوب إدارة المقترحات الثلاثة من إدارى حكومي منفرد إلى مؤمنين خاصين متعددين . ويقع في وسط هذه الخيارات ، إما بعض الإداريين الحكوميين (على مستوى الولاية) ، أو عدد محدود من المؤمنين الخاصين تنظمهم



الحكومة الفدرالية ، أو الاثنين معاً . وتحت برنامج الصحة الوطني ، تحدد جهة حكومية واحدة ضمن كل ولاية سقوف الإنفاق ومبالغ المدفوعات ، وتدرس المطالبات وفق معايير وطنية . ويعتمد على التخطيط المحلى لإجازة الإنفاق المالى . وتحت برنامج لجنة بيبير يستطيع أرباب العمل أن يشتروا التأمين الخاص لموظفيهم أو أن يدفعوا الضرائب لنعم البرنامج التأمينى الفدرالى الذى يتم تأسيسه ضمن المقترح . ويتم إدارة البرنامج الفدرالى بالاشتراك مع ، أو كجزء من مديكير ويحل محل مديكيد ويكون هناك معايير وطنية للأهلية لهذا البرنامج وللمنافع والمدفوعات . ويعمل الممولون الحكوميون وأرباب العمل ، تحت برنامج خيار المستهلك الصحى ، كوسطاء للتأمين ، باختيار مجموعة مختلفة من برامج التأمين الصحى لتقديمها للمشاركين ، وتدير إجراءات التسجيل وتحصيل الأقساط ، والرفع لمقدمى الخدمة . وتبقى مديكير ومديكيد كما هما .

### التطوير :

**الفعالية :** لاتوفر أى من البرامج المقترحة إطاراً إدارياً لتحسين صحة السكان ، إذ يقترح برنامج الصحة الوطنى (NHP) وضع سقوف للإنفاق على الخدمات وضبط الإنفاق المالى . مالم يتضح ، هو استنتاج تلك القيود ، أى انه لا يوجد تفاصيل لتطوير سياسة صحية وطنية . ويعتمد برنامج خيار المستهلك الصحى على حوافز السوق التى لم تثبت فعاليتها ، إضافة إلى أدلة الممارسة للتغطية والضبط .

يقع برنامج لجنة بيبير (PCP) بين المقترحين الآخرين ، ببرامجه العامة وتلك المبنية على أساس أرباب العمل ، لضمان تغطية السكان ، ويبدو أنه يفتقر إلى أى ضوابط مالية أو جهود تخطيطية إجمالية .

**الكفاءة :** تمثل الإدارة أكثر من (٢٠٪) من إنفاق الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة الأمريكية . وتحوى كيفية إدارة البرامج ، تضمينات هامة للكفاءة الإنتاجية ، إذ تبين البحوث وجود اقتصاديات المجموع (Economies of Scale) فى تقديم خدمات التأمين مما يشير إلى أن المؤسسات الكبرى ، هى أكثر كفاءة من المؤسسات الأصغر

ولكن ذلك لايعنى انخفاض التكاليف باستمرار ، مع ازدياد حجم المؤسسة . إلا أن النظام الكندى بالممول المنفرد ، الذى يديره الإقليم ، تكلف إدارته نصف تكلفة إدارة النموذج الأمريكى متعدد البرامج (General Accounting office 1991) . يدل ذلك ضمناً على إمكانية تحقيق ادخارات هامة فى برنامج مبسط بممول منفرد ، بالمقارنة مع تعقيدات مئات الممولين الذين يسعون إلى تسويق ومراقبة وتبدير برامج التأمين الصحى وبرامج تقديم الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة .

لايوجد ميزة متأصلة فى نوع واحد من النظم ، من حيث كفاءة تقديم الخدمات الصحية . إذ تعتمد الكفاءة على تكاليف الإدارة بالنسبة للنتائج المحققة . وتوجه الكثير من إدارة الرعاية الصحية الأمريكية إلى تحسين جودة الرعاية ، بضمان تقديم الرعاية الملائمة ، وحصول المستهلكين على منتجات التأمين التى تتناول مخاطرتهم وتفضيلاتهم الفردية للخدمات التأمينية والخدمات الطبية . نترك حالياً ، القليل جداً ، عن مدى تحقيق الاستثمارات الإدارية لهذه الأهداف (Thorpe 1992) .

إن السبيل إلى تحسين النتائج (الجودة) وتضئيل عدم كفاءة طرق الإنتاج ، هو بتشجيع التنافس على أساس التكلفة وعلى أساس الجودة ، تحت نموذج برنامج خيار المستهلك الصحى ، وضبط الأسعار ، ومستوى ومزيج المصادر ومواقعها فى نموذج برنامج الصحة الوطنى ذى الممول المنفرد . وحتى الآن لم يثبت برنامج خيار المستهلك الصحى أو يبرهن بعد ، أما نموذج برنامج الصحة الوطنى فقد يستطيع أن يحتوى التكاليف ، ولكن ذلك لاينتج بالضرورة أساليب أكثر كفاءة لتقديم الرعاية والجودة أفضل لها . إلا أننا إذا أخذنا بالاعتبار الدليل الحالى ، فإن الادخارات الناتجة عن الكفاءة الإدارية توفر الأساس المنطقى لاختيار نموذج الممول المنفرد .

**الإنصاف :** قد يتم الحكم على معيار حرية الخيار ، كما تم تطبيقه لتقييم نتائج الإنصاف لمقترحات التأمين الصحى الشامل (UHI) ، بما يتطلبه المقترح فيما يتعلق بتقييد خيار المستهلكين فى الرعاية . وتكون المقترحات التى تقلل من القيود على خيارات المستهلك هى أعلىها حسب هذا المعيار .

ما يُفضل كلٌّ من المقترحات الثلاثة في أن يُسلّم به تماماً هو أن خيارات المستهلكين في أنواع الرعاية التي يتلقونها هي عامة محدودة في كل من الأسلوب الذي يضمن السوق والآخر الذي يعظم السوق . ففي كلتا الحالتين يعمل الطبيب كممثل للمريض على تقرير أي أنواع الرعاية ، هي أكثرها احتمالية في أن تكون الأفضل للمريض .

المجال الأساسي الذي يملك فيه المستهلكون حرية الاختيار في الرعاية التي يتلقونها ، ينتج عن الخيارات المتاحة لهم في اختيار مقدمي الخدمة الذين يستطيعون أن يستشيرونهم في الأصل . فكلما ارتفع عدد السبل المظقة أمام المستهلك بسبب عدم توافر مقدمي الرعاية في منطقة ما ، أو بسبب عدم رغبة مقدمي الرعاية في علاج المرضى الذين لديهم أنواع معينة من التغطية التأمينية ، أو بسبب طبيعة «اللجنة المغلقة» (Closed-Panel) للممارسة الطبية ، أو بسبب افتقار المستهلكين إلى الأساس المعلوماتي في الاختيار من بين مقدمي الخدمة ، انخفض عدد الخيارات الفعلية المتاحة للمستهلك . ولايُحتمل أن يعزز أي مقترح من المقترحات الثلاثة للتأمين الصحي الشامل ، الخيارات المتاحة للمستهلك في سوق الرعاية الطبية في الولايات المتحدة .

يشجع برنامج خيار المستهلك الصحي على تشكيل ونشر برامج الرعاية المدبرة مثل منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) . و منظمات مقدم الرعاية المفضل (PPO) التي يفترض أن تكون أكثر المتنافسين كفاءة للتكلفة ، للتعامل مع أرباب العمل والقطاع العام في منطقة تسويقية معينة . وتقيد حرية المستهلك البرامج التي تنشأ في منطقة ما ، استجابة للحوافز التي يوفرها الممولون من القطاع العام والخاص في كل ولاية لتطوير مثل هذه البرامج . إضافة إلى ذلك ، لايتناول برنامج خيار المستهلك الصحي مباشرة ، تقديم الرعاية للموهلين لبرنامجي مديكير ومديكيد . لذا لاتتضح الخيارات التي ستتوفر في نهاية الأمر لهؤلاء الأشخاص ، الذين لايميل مقدمو الرعاية إلى خدمتهم . وبالإمكان افتراض أن الخيارات ستبقى كما هي عليه الآن ، والتي في حالات كثيرة تشمل إمكانية نيل الرعاية من خلال منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) .

يشجع برنامج لجنة بيبير كذلك التوسع في بدائل الرعاية المدبرة ولكنه لايشعر ذلك ، كما يشجع على تقديم الرعاية في المناطق التي يقل فيها توفير الخدمات . أما تركيز

برنامج الصحة الوطني فهو أساس تغيير أساليب الدفع للرعاية وليس على تغيير أساليب تقديمها ، إذ لا يقترح هذا البرنامج ولا يتطلب أى تغيير فى نظام تقديم الرعاية الحالى ، والذي كما أُشير إليه سابقاً ، يستمر فى الحد من البدائل الفعالة المتاحة للكثير من المرضى المعرضين للخطر ، ومن التحسينات التى يدخلها هذا البرنامج على قضية الإنصاف ، أن يتم الدفع للأطباء بنفس التسعير للأغنياء والفقراء على حد سواء ، وهذا الإجراء لن يحل مشكلة التوزيع الجغرافى ، ولكنه خطوة إيجابية .

#### ٨- كيف تضبط التكاليف ؟

##### الوصف :

يتم تحت أسلوب برنامج الصحة الوطني ، الذى يُضلل السوق ، ضبط التكاليف من خلال الرسوم المتفاوضة والميزانيات الشاملة لمقدمى الخدمة واستخدام إجراء تخطيطى للإنفاق المالى . ويعتمد البرنامج المدار حكومياً تحت برنامج لجنة بيبر التغطية السخية للخدمات الوقائية ، ويستخدم أساليب مدفوعات مديكير (مثل المجموعات المرتبطة تشخيصياً (DRG) لرعاية التنويم فى المستشفيات) لضبط التكاليف .

وتشجع البرامج الخاصة على استخدام الرعاية المدبرة ومشاركة التكلفة لتعزيز حساسية المستهلك لتكلفة الخدمات الطبية . فيما يعتمد برنامج خيار المستهلك الصحى على استقلالية المستهلك و ديناميكية السوق (وهى تفاعل العرض والطلب) لخلق الحوافز لضبط التكاليف بجعل المستهلك يتكلف (٢٠٪) من متوسط تكلفة البرنامج الأساسى إضافة إلى أى تكاليف إضافية مرتبطة بالبرنامج الذى يختارونه . فيما يحتمل أن تغطى منافع الموظفين هذه التكاليف ، تكون المنافع عرضة لضريبة الدخل ، ويفترض أن تتنافس البرامج المنظمة على أساس الأسعار والجودة وليس باختيار المخاطرة المفضلة ، وتكون الحكومة مسئولة عن بث المعلومات عن أسعار وجودة خدمات مقدم الرعاية وتطور الهياكل التأمينية الجديدة لتشجيع التنافس .

## التطوير :

**الفعالية :** تكون نتائج البحوث عن أدلة الممارسة ذات أهمية ، بقدر الدرجة التي تُبذل فيها الجهود لتعديل الممارسة الطبية تحت أى من مقترحات التأمين الصحى الشامل . إذ قد برهنت العديد من الدراسات تكراراً أن بث ونشر أدلة الممارسة فقط ، لا يؤدي إلى تغيير سلوك مقدمى الرعاية (Kosecoff, Hill, Levine and Whelton 1988; Kanouse and Rogers 1987; Lomas et al 1989; and Wennberg 1984) ، إلا أنه عند ضم الحوافز المالية المقترحة في مقترحات التأمين الصحى الشامل فإن أدلة الممارسة قادرة على تغيير السلوك . وتمت مناقشة تحليل هذه الاعتبارات فى المعيار رقم (٧) أعلاه . يُفضل برنامج الصحة الوطنى لأن إستراتيجيته الإدارية واسعة النطاق المستخدمة فيه لضبط التكاليف ، هي أكثر احتمالية لأن تنتج الرعاية على أساس المبادئ الإكلينيكية وتوافر الموارد للاستثمار فى برامج يحتمل أن تحسن صحة المجتمع (Brook 1991). يجب التطبيق لكل من المبادئ الإكلينيكية والاقتصادية من أجل تحقيق أكبر تحسن فى المستوى الصحى لكمية معينة من الموارد (Culyer 1992) .

**الكفاءة :** هناك قلق عام فى البلاد المتقدمة ، من أن نظام الرعاية الصحية يستهلك موارد قد تقل قيمة أعلى لو استثمرت فى مساعٍ اجتماعية أو خاصة أخرى . وينعكس هذا القلق فى الرغبة فى احتواء تكاليف الرعاية الصحية . ويبدو أن النظم ذات الممول المنفرد أو تلك التى تسير المدفوعات خلال قنوات قليلة نسبياً وتعتمد على تخطيط المجتمع لضبط التقنية المكلفة ، هي الوحيدة التى تظهر قدرة على الحد من ارتفاع التكاليف إلى مستوى نمو الدخل فى البلاد . مع أن نظام الولايات المتحدة المقترن بالموالين المتعديدين فشل فشلاً ذريعاً فى الحد من ارتفاع التكاليف ، إلا أن ضبط التكاليف لا يمكن أن يعنى الكفاءة . إذ لا ينتج الحد من الإنفاق بالضرورة ، تخفيض تكلفة الإنتاج أو يحقق المزيج الملائم من السلع والخدمات . وقد يؤدي ضبط التكاليف الاعتباطى إلى رفاة أقل وذلك بالحد من الخدمات المفيدة وبتأخير الإبداع والابتكار فى تقديم الرعاية الصحية . ويشكل مماثل فإن عدم وجود سوق يعمل جيداً ، قد يؤدي الافتقار للضوابط إلى التوسع فى الخدمات ذات القيمة الهامشية المنخفضة بالنسبة للتكلفة وبالنسبة إلى النقص فى الجهود لاستخدام أساليب الإنتاج الجيدة . والسؤال

هنا ، هو ، أى النظم يوفر ثانياً أفضل حل لتخصيص موارد الرعاية الصحية ؟ . فمن الواضح أنه من منظور ضبط التكاليف الضيق ، تحظى سياسة التخطيط وضبط الميزانية بكثير دعم تجريبي إلى تاريخه . وكما نُكر أعلاه فإن بعض البلدان التي اعتمدت تقليدياً على التخطيط ووضع الميزانيات ، تضع الآن موضع الاستعمال ، إجراءات تنافسية ، قلدي هولندا والمملكة المتحدة ونيوزيلندا ، هجين من منافسة جانب العرض ضمن بيئة الميزانية الشاملة ، ولازال الوقت مبكراً للحكم على أداء هذا الأسلوب .

سوف يستخدم برنامج الصحة الوطني (NHP) تنظيمياً للأسعار والإنفاق على غرار المرافق العامة ، بهدف ضبط الأسعار ، فيما يستخدم برنامج خيار المستهلك الصحي (CCHP) تنافس السوق بين البرامج الصحية ، وسوف يستخدم برنامج لجنة بيير (PCP) تركيبة من مشاركة المستهلك فى التكاليف والتنافس بين البرامج ، وضوابط التكلفة الحكومية . لا يوجد دليل تجريبي على أى السبل هى الأفضل لتحقيق أهداف الكفاءة الإنتاجية والتخصيصية فى بيئة الولايات المتحدة السياسية والثقافية .

**الإنصاف :** يظهر الدليل من البلاد الأخرى التى تفرض قيوداً على أسعار التعويض لجميع مقدمى الرعاية ، إضافة إلى الدليل من الولايات التى لديها نظم التمويل الشامل للتعويض ، نجاحها فى ضبط تكاليف الرعاية الصحية . كما أن هذا الأساس أكثر عدلاً ، لاحتواء التكاليف بما أنه يضمنل عوائق مقدمى الرعاية لمعاملة مرضى معينين (مثل : مرضى مديكيد ومديكير) معاملة مختلفة بسبب مستويات التعويض المختلفة . إضافة إلى ذلك ، فيما أن مقدمى الرعاية ، غالباً هم «المستهلك» الرئيسى للرعاية مرتفعة التقنية ، المكلفة (بالعمل كوكلاء للمرضى) فإن الحوافز لتخفيض استهلاكهم المسرف هى مبررة أيضاً .

يقدم برنامج الصحة الوطني أكبر دلالة على النجاح -نظرياً- فى احتواء تكاليف الرعاية بتوفير نظام ذى ممول منفرد ، ومعايير مطبقة كلياً ، من أجل تحديد ميزانيات وقوائم رسوم شاملة .

يدرس حالياً النظام الكندى (الذى بُنى عليه برنامج الصحة الوطنى) استبدال نظام تعويض أكثرية الأطباء على أساس الرسوم مقابل الخدمة بأسلوب الرواتب أو أسلوب

الدفع الفردي المقطوع (Capitation) . ويتسجيل جميع مقدمي الرعاية - وجميع المستهلكين في منطقة معينة ، في برامج صحية متنافسة يستطيع برنامج خيار المستهلك الصحي (CCHP) - نظرياً - أن يخفض الإنفاق على الرعاية ، بتشجيع المستهلكين أن يصيروا مشترين أكثر تعقلاً وحذراً ، ويتوفير حوافز للأطباء ليمارسوا الطب بفعالية أكبر للتكلفة . تُظهر بحوث الخدمات الصحية من البلاد الأخرى ، إضافة إلى البحوث من الولايات المتحدة ، احتمال نجاح نموذج برنامج الصحة الوطني (NHP) ، فيما تدعم النتائج المتعلقة بالاستخدام المنخفض للخدمات المكلفة والمكثفة (خاصة المستشفيات) في منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) ، برنامج خيار المستهلك الصحي ، مع أن الدليل يبدو ضعيفاً على تخفيض التكاليف بالتنافس على مستوى النظام أو على مستوى السوق ككل . أما برنامج لجنة بيبر فيعمل القليل لتغيير نظام التعويض الحالي للرعاية الصحية أو احتواء التكاليف .

#### الخلاصة

تبين التحليلات كلاً من التقارب والتضارب بين أهداف الفعالية والكفاءة والإنصاف التي تقترحها المقترحات الثلاثة (انظر الشكل ٩-١) . أما بالنسبة لاعتبارات التغطية التأمينية - من تتم تغطيتهم ، وكيف تتم تغطيتهم ، وأساس تحديد التغطية - تفضل اعتبارات تضميل السوق في برنامج الصحة الوطني عامة . ويحتل هذا البرنامج (NHP) المركز الأول في الاعتبارات الثلاثة فيما يتعلق بإمكانياته لتحقيق الإنصاف . كما أنه أفضل من يقي بمعايير الكفاءة لمن تتم تغطيتهم لأنه يستخدم التشريعات للخدمات الضرورية ، التي ستضمن التكاليف الخارجية لعدم التغطية . إلا أن برنامج خيار المستهلك الصحي وبرنامج لجنة بيبر يُفضلان ، لأنهما يفسحان المجال أمام خيارات المستهلك في تحديد التغطية للخدمات ، فوق تلك المطلوبة للوفاء بالاحتياجات الأساسية . ينتقد المنظور السكاني للفعالية جميع المقترحات الثلاثة لأنها تفشل في تناول التناوب بين الخدمات الطبية والخدمات غير الطبية التي تحسن الصحة . كما ينتقد هذا المنظور برنامج الصحة الوطني لأنه لا يوفر حوافز أكبر للمجموعات من نوى الدخول المنخفضة للحصول على الخدمات الضرورية .

تُفضل كذلك الإستراتيجيات المفضلة للسوق ، المقترحة في برنامج الصحة الوطني ، لدفعات مقدّمة الرعاية ولتحديد الأسعار ، من منظور الإنصاف . إلا أن عوز هذا المقترح للحوافز المالية للرعاية الملائمة يكون مشكلة فيما يتعلق بتأكيد الفعالية والكفاءة . إضافة إلى ذلك فإن عدم مرونة الأسعار التي تحددها الحكومة يثير القلق مع تغير تفضيلات واحتياجات المستهلكين على مر الزمن .

تفضل معايير الإنصاف برنامج الصحة الوطني على المقترحين الآخرين من حيث اعتبارات المدفوعات الملزمة (Copayments) في هذا البرنامج ، إذ إن عدم وجود الدفعات الملزمة للمجموعات من ذوي الدخل المتوسطة والمرتفعة قد ينتج تخصيصاً للموارد يكون غير فعال وغير كفء .

تشير بحوث الكفاءة على آثار الطلب على التغطية التأمينية الكاملة إلى احتمال الاستخدام الزائد تحت مثل هذا المقترح ، مما يؤدي إلى استخدام الخدمات ذات المنفعة الهامشية المتدنية أو المنعدمة (الخدمات غير الفعالة) .

فيما يتعلق بإستراتيجيات التمويل ، يفضل منظور الكفاءة أسلوب برنامج خيار المستهلك الصحي الذي يدمج أقساط التأمين الخاص والدفعات الملزمة والضرائب لخلق إمكانية وجود سوق تنافسية ، إلا أن هذه الإستراتيجية تخفق فيما يتعلق بالإنصاف ، الذي يفاضل برنامج الصحة الوطني بسبب أساليب تمويله الأكثر تقدمة والتي تعتمد على الضرائب وأقل قدر من الدفعات المباشرة .

المناظير الثلاثة جميعها غامضة فيما يتعلق بالاعتبارات الإدارية المقترحات ، فلا تتناول البرامج بالتحديد أهداف صحة السكان لمنظور الفعالية في تدبيره الإدارية ، إذ يشير الدلائل الموجود إلى ميزات وعوائق للبرامج ذات الإدارة الخاصة والإدارة الحكومية من حيث تحقيق الكفاءة . ولاترؤى المقارنات بين النظم الكندية والأمريكية من حيث التكلفة الإدارية ، إلا نصف القصة ، بما أنها لا تقارن تكلفة المخرجات المحققة . ولايتناول هدف الإنصاف بحرية الخيار كل المقترحات ، حيث إن الخيارات لأنواع الرعاية الطبية التي يحتمل أن يتلقاها المستهلكون في المحصلة النهائية عامة ، محدودة في كل من الإستراتيجية التي تضلل السوق وتلك التي تعظم السوق .



تُفضل اعتبارات ضبط التكلفة في برنامج الصحة الوطني من قبل كل من منظور الفعالية ومنظور الإنصاف ، كما أن بحوث الخدمات الصحية من البلاد الأخرى ، إضافة إلى تلك من الولايات ذات الممولين المتعددين في الولايات المتحدة تدعم جهود احتواء التكاليف لاحتياجات برنامج الصحة الوطني . أما تقييم الفعالية فهو مفاهيمي ، مبني على أساس الحجة القائلة أن وضع الميزانيات الشاملة وضبط الإنفاق المالي هو أكثر احتمالية بأن يضع سقفاً لإنفاق النظام وبذلك يمكن تركيز الجهود على النتائج الإكلينيكية . إلا أن منظور الكفاءة غير واضح في هذا الاعتبار ، إذ فيما تلاحظ إمكانات برنامج الصحة الوطني في احتواء التكاليف ، لا يوجد دليل تجريبي على ما إذا كان الأسلوب الذي يفضّل السوق ، أو ذلك الذي يعظم السوق هو الأفضل لتحقيق أهداف الكفاءة التخصيصية والإنتاجية .

يبين هذا التحليل أنه لا تُعظم ، أي الإستراتيجيات المقترحة بثبات ، أي ناحية من هذه الأهداف ، مع أن مقترح الصحة الوطني بالمولد المنفرد ، يميل إلى كونه الأكثر نجاحاً على مؤشرات الإنصاف ، كما تكشف النتائج أيضاً ، التناوب بين الأهداف الممثلة في المقترحات ، كما تعكس الغموض وعدم التحديد والثغرات في المعرفة في نتائج احتياطات مخففة ، التي يجب تناولها لاتخاذ حكم فعال على آثارها المتوقعة .

يطرح الدليل والحجج المقننة التحديات لبعض الافتراضات التقليدية التي تسير أداء نظام الرعاية الطبية الأمريكي ، فيما يتعلق بالفعالية والكفاءة والإنصاف . ولا يؤدي تقنين (Rationing) الرعاية على أساس السعر (النفقات الملزمة) إلى تخفيض تقديم الرعاية الضرورية .

لا تؤدي الأسعار التي تنظمها الحكومة وسقوف الإنفاق التي تخفض التكاليف ، بالضرورة إلى تقديم الخدمات بكفاءة أكبر . ولا يؤدي نشر مجموعة من برامج التأمين الصحي التنافسية حتماً إلى خيار أكبر للمستهلك في سوق الرعاية الطبية .

لقد دار الحوار عن الحاجة إلى برنامج للتأمين الصحي الشامل وأنواعه ، لسنوات عديدة ، حول نتائج إستراتيجيات التمويل المتنافسة . وتستطيع بحوث الخدمات الصحية أن تُعين على تأطير حوارات السياسة الحالية والمستقبلية عن هذه القضية ، وذلك بتوضيح أهداف وتنويعات وافتراضات المقترحات البديلة على أساس معايير أداء النظام وهي الفعالية والكفاءة والإنصاف .

## الخلاصة

يفحص النقاش في هذا الفصل وفي فصول سابقة ، المخططات المفاهيمية والمعارية لأهداف نظام الرعاية الصحية الرئيسية وهي : الفعالية والكفاءة والإنصاف ، ويحلل التوازن والتعاقب الذي يؤدي إلى تصميم سياسات وبرامج لتحقيق هذه الأهداف . كما يراجع منهجيات قياس مدى التحقيق الفعلي لكل من هذه الأهداف . ويشجع أيضاً الحوار بين باحثي الخدمات الصحية ، ومحلي السياسات ، وصانعي السياسات والإداريين الذين يدرسون ويوصون ويصيفون وينفذون السياسة الصحية . يتطلب تصميم نظام الرعاية الصحية الذي يُعظَّم مثاليات السياسة وهي : الفعالية والكفاءة والإنصاف ، دراسة دقيقة في معاني هذه الأهداف ، وماهى أفضل السبل لتحقيقها ؟ . ويسعى هذا الكتاب إلى الدعوة إلى مثل هذه الدراسة والترحيب بها .

## المراجع :

- Brook, R. 1991. "Health, Health Insurance, and the Uninsured". *Journal of the American Medical Association* 265: 2998-3002.
- Brown, E. 1988. "Principles for a National Health Program: A Framework for Analysis and Development". *Milbank Quarterly* 66: 573-617.
- Gulyer, A. 1992. "The Morality of Efficiency in Health Care-Some Uncomfortable Implications". *Health Economics* 1: 7-18.
- Enthoven, A., and R. Kronick. 1989a. "A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy". *New England Journal of Medicine* 320: 29-37.
- \_\_\_\_\_. 1989b. "A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy". *New England Journal of Medicine* 320: 94-101.
- \_\_\_\_\_. 1991. "Universal Health Insurance through Incentives Reform". *Journal of the American Medical Association* 265: 2532-36.
- Feldstein, P. 1988. *Health Care Economics*, 3rd ed. NY: John Wiley & Sons.
- General Accounting Office. 1991. *Canadian Health Insurance: Lessons for the United States*. GAO/HRD-91-90. Washington, DC: U.S. General Accounting Office.
- Glaser, W. 1991. *Health Insurance in Practice*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Grumbach, K., T. Bodenheimer, D. Himmelstein, and S. Woolhandler. 1991. "Liberal Benefits, Conservative Spending: The Physicians for a National Health Program Proposal". *Journal of the American Medical Association*. 265: 2549-54.
- Hill, M., D. Levine, and P. Whelton. 1988. "Awareness, Use and Impact of the 1984 Joint National Committee Consensus Report on High Blood Pressure". *American Journal of Public Health* 78: 1190-94.
- Himmelstein, D., S. Woolhandler, and the Writing Committee of the Working Group on Program Design. 1989. "A National Health Program for the United States: A Physicians' Proposal". *New England Journal of Medicine* 320: 102-8.
- Hollingsworth, J. 1981. "Inequality in Levels of Health in England and Wales". *Journal of Health and Social Behavior* 22: 268-83.
- Kosecoff, J., D. Kanouse, and W. Rogers. 1987. "Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on Physician Practice". *Journal of the American Medical Association* 258: 2708-13.
- Lomas, J., G. Anderson, K. Domnick-Pierre, E. Vayda, M. Enkin, and W. Hannah. 1989. "Do Practice Guidelines Guide Practice? The Effect of a Consensus Statement on the Practice of Physicians". *New England Journal of Medicine* 321: 1306-11.
- Manning, W., J. Newhouse, N. Duan, E. Keeler, A. Leibowitz, and S. Marquis. 1987. "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment". *American Economic Review* 77 (3): 251-77.

- Pauly, M., P. Danzon, P. Feldstein, and J. Hoff. 1992. Responsible National Health Insurance. Washington, DC: American Enterprise Institute.
- Pepper Commission: U.S. Bipartisan Commission on Comprehensive Health Care. 1990. A Call for Action: Final Report. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Somers, A., and H. Somers. 1977. "A Proposed Framework for Health and Health Care Policies". Inquiry 14: 115-70.
- Thorpe, K. 1992. "Inside the Black Box of Administrative Costs". Health Affairs 11: 41-55.
- Wennberg, J. 1984. "Dealing with Medical Practice Variations: A Proposal for Action". Health Affairs 3: 6-32.

## نبذة عن المؤلفين

د. لوآن أدائى هى أستاذ العلوم السلوكية وعلوم الإدارة السياسية فى كلية الصحة العامة بجامعة تكساس . حصلت على شهادة الدكتوراه فى علم الاجتماع من جامعة بيربو ، وكانت سابقاً مديراً مشاركاً للبحوث فى مركز دراسات الإدارة الصحية فى جامعة شيكاغو . ركزت اهتمامات د. أدائى البحثية الرئيسية على مؤشرات ومتراطات استخدام الخدمات الصحية والوصول إلى الرعاية . كما أجرت مسوحات وطنية ومجتمعية وتقييمات هامة لدراسات وطنية ، وقد نُشرت البحوث بتوسع فى هذا المجال بما فى ذلك تسعة كتب سابقة تعالج النواحي المفاهيمية والتجريبية للبحوث على الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية .

د. تشارلز إي . بيجلى هو أستاذ علوم الإدارة والسياسة المشارك فى كلية الصحة العامة بجامعة تكساس ، وعضو هيئة تدريس متعاون فى قسم الاقتصاد بجامعة رايس . حصل على شهادة الدكتوراه فى الاقتصاد من جامعة تكساس فى أوستن ، وكان عضواً فى هيئة التدريس فى جامعة سانغامون الحكومية وفى كلية الطب بجامعة جنوبى إلينوى فى سبرنجفيلد ، إلينوى . تشمل اهتمامات د. بيجلى البحثية والتدريسية ، التقييم الاقتصادى لبرامج الرعاية الصحية وتحليل السياسة الصحية ، وأجرى تحليلات السياسة على مجموعة من مقترحات وبرامج السياسة الصحية على مستوى الولاية .

د. دافيد آر . ليرسون هو أستاذ اقتصاديات فى كلية الصحة العامة بجامعة تكساس وعضو هيئة تدريس متعاون فى قسم الاقتصاد بجامعة رايس ، وقد تم إنجاز هذا الكتاب بينما كان معارفاً كأستاذ بهيئة التدريس فى كلية الصحة العامة فى جامعة كوينز لاند للتقنية فى بريز بين إستراليا . وكان عضواً فى مركز كايزر للبحوث الصحية فى بورتلاند ، أوريغون . وحصل على شهادة الدكتوراه من جامعة كنتاكى فى لكسنجتون ، كنتاكى . وتشمل اهتمامات د. ليرسون البحثية والتدريسية الرئيسية ، التقييم الاقتصادى لبرامج وخدمات الرعاية الصحية وتنظيم وتمويل نظم الرعاية الصحية .

د. كارول إتش سليتر هو أستاذ تنظيم الخدمات الصحية المشارك في كلية الصحة العامة بجامعة تكساس ، وهو خريج كلية الطب بجامعة كولورادو ، وكان عضواً في مركز دراسة التعليم الطبي في كلية الطب بجامعة إلينوى في شيكاغو . تكمن اهتمامات د. سليتر البحثية في تقييم جودة وفعالية الرعاية الطبية ، وبتركيز خاص على برامج الرعاية الخارجية في القطاع الخاص . لقد طور د. سليتر ودرس برامج وحلقات في فعالية الخدمات الصحية ، وتقييم جودة الرعاية وتقييم نتائج الرعاية الصحية . نشر في مجال تقييم جودة الرعاية الخارجية ، ونقح عدداً خاصاً من «التقييم والمهن الصحية» عن تقدير النتائج .

## المترجم في مطور

•• عبدالحسن بن صالح بن عبدالرحمن الصير

- من مواليد الرياض في المملكة العربية السعودية عام ١٩٥٢م .

•• مؤهله العلمي :

- حاصل على درجة الدكتوراه في إدارة الخدمات الصحية عام ١٩٨٨م ، من جامعة  
كمبوت فرجينيا ولاية فرجينيا بالولايات المتحدة الأمريكية .

•• وظيفته الحالية :

- أستاذ مساعد بمعهد الإدارة العامة - الرياض .

•• الأنشطة العلمية :

Modeling Oranizational Determinants of Hospital Mortality (HSR) Health Sen-  
ces Research 26 : 3 (August 1991) .

- مشروع بحث لتقصي عوامل تحديد النقص في الممرضات السعوديات ، ورقة عمل  
مقدمة في الندوة السنوية الرابعة لتطوير القوى العاملة الصحية ٤-٥ ربيع الأول  
١٤١٠هـ .

- العوامل المؤثرة في اختيار الفتاة السعودية لمهنة التمريض ، دراسة ميدانية ، معهد  
الإدارة العامة ١٤١٦هـ .

## مراجع الترجمة في مطور

♦♦ د. عبدالله سيف الدين غازي ساعاتي .

- من مواليد جدة في المملكة العربية السعودية عام ١٩٥٦ م .

♦♦ مؤهله العلمي :

- حاصل على درجة الدكتوراه في الإدارة العامة - إدارة صحة ومستشفيات ، عام ١٩٨٥ م ، من جامعة ألاباما بالولايات المتحدة .

♦♦ وظيفته الحالية :

- المشرف العام على التدريب والابتعاث بوزارة الصحة السعودية .

♦♦ الأنشطة العلمية :

- عضوية العديد من الجمعيات العلمية داخل المملكة وخارجها .

- إلقاء محاضرات علمية داخل المملكة وخارجها .

- كتابة مقالات ~~وتأليف كتب~~ متخصصة .





حقوق الطبع والنشر محفوظة لمعهد الإدارة العامة ، ولا يجوز  
اقتباس جزء من هذا الكتاب أو إعادة طبعه بأيّة صورة دون  
موافقة كتابية من معهد الإدارة ، إلا في حالات الاقتباس  
القصير بغرض النقد والتحليل ، مع وجوب ذكر المصدر .





## هذا الكتاب

موجه إلى المهنيين الممارسين وطلاب الدراسات العليا في الصحة العامة والإدارة الصحية ومهن الرعاية الصحية وصانعي السياسة الصحية ومخططي البرامج المعنيين بتصميم وإجراء بحوث الخدمات الصحية، حيث يتناول المفاهيم والمنهجيات الأساسية - المتعلقة ببحوث الخدمات الصحية، ويوضح تطبيقاتها في تحليل السياسات، ويربط نموذجاً لتحليل السياسة الصحية مع إطار لتصنيف المواضيع والقضايا في بحوث الخدمات الصحية، من خلال مفاهيم الفعالية والكفاءة والإنصاف، حيث تتناول قضايا الفعالية من منطلق عام على أساس السكان وكذلك من منظور سريري وفردى، كما تتناول قضايا الكفاءة من منظور الصالح المجتمعي التخصيصي ومن منظور نظرية الإنتاج في المؤسسة، وتتناول قضايا الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الصحية من خلال سبل مبنية على أساس الأهلية والاحتياج وسبل مساواتية وتعاقدية ومنفعة.

يتميز هذا الكتاب بما يلي:

- \* يوفر منظوراً تاريخياً ويطبق مفاهيم ومنهجيات علوم الوبائيات والاقتصاد والاجتماع وفروع المعرفة الأخرى المرتبطة بتوضيح وبيان قياس وأهمية الفعالية والكفاءة والإنصاف كمعايير لتقييم أداء نظام الرعاية الصحية.
- \* يقدم ويطبق إطاراً منظماً لتحديد بحوث الخدمات الصحية كفرع من فروع المعرفة، ضمن بيئة أبعاد أداء النظام الرئيسية: الفعالية والكفاءة والإنصاف.
- \* يراجع ويدمج الإسهامات المفاهيمية والمنهجية والتجريبية لبحوث الخدمات الصحية في تناول هذه القضايا.
- \* يقدم أمثلة محددة لتطبيق بحوث الخدمات الصحية في تناول مشكلات السياسة الصحية المعاصرة.
- \* يقدم مقترحات عدة لإصلاح الرعاية الصحية.

تصميم وإخراج وطباعة

الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٢٠هـ

ردمك : X - ٠٧٥ - ١٤ - ٩٩٦٠